WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA I PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTÉRATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

POD REDAKCJĄ DOC. DR E. REICHER

WARSZAWA 1939
NUMER 4
KWIECIEŃ

WYD. XIII R.

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK, POŚWIĘCONY POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA I PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO
REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN
POD REDAKCJĄ DOC. DR MED. E. REICHER.

ROK XIII. WARSZAWA, KWIECIEŃ 1939 R. NUMER IV.

P R A C E O R Y G I N A L N E

O MOŻLIWOŚCIACH POKOJOWYCH ZASTOSOWANIA ANNOGENU.

podał

Dr Bolesław Bartenbach.

Zarazki chorobotwórcze nie znajdują poza ustrojem warunków sprzyjających ich dalszemu rozwojowi, to też większość z nich ginie, i tylko część bardziej odporna może przetrwać pewien okres czasu.

Do czynników przyczyniających się do niszczenia zarazków, zaliczyć należy: wysychanie, zmianę ciśnienia osmotycznego, światło, ciepłotę niską lub wysoką, obecność lub brak tlenu itd.

Ponieważ jednak pewna ilość zarazków chorobotwórczych pomimo przytoczonych wyżej szkodliwie działających czynników, może przetrwać dość długo w stanie życia utajonego — na naturalną śmierć ich poza ustrojem liczyć nie mamy prawa (B r u n n e r).

Dla niszczenia zarazków stosujemy w praktyce metody fizyczne, jak np. wyjaławianie w ogniu, w powietrzu suchym lub wilgotnym, gotowanie, wyjaławianie parą wodną lub też uciekamy się do środków bakteriobójczych pochodzenia chemicznego, które umożliwiają niszczenie zarazków nie tylko na materiałach martwych, lecz również na powierzchni żywego ustroju. Spośród całego szeregu grup związków chemicznych, działających bakteriobójczo (metale, sole, mydła, kwasy itp.), na szczególną uwagę zasługują chlorowce oraz związki utleniające.

Pośród chlorowców najsilniejsze własności bakteriobójcze posiada chlor, (Zgodnie z badaniami K r o n i g a i P a u l a chlor działa najsilniej w chwili wywiązywania się).

Odkażanie chlorem gazowym rzadko bywa stosowane. Szerokie zastosowanie natomiast znalazł podchloryn wapniowy oraz wapno chlorowane.

Wysokoprocentowych przetworów podchlorynu wapnia nie ma na rynku naszym, a wapno chlorowane posiada cały szereg niepożądanych właściwości, jak np. niestały procent chloru czynnego, trudność przechowywania itp.

W piśmiennictwie lekarskim znajdujemy począwszy od roku 1919, cały szereg prac i spostrzeżeń o korzystnym działaniu chloramin. B o u g a u l t (1919 r. Ch. Z. B. I. 281) poleca chloraminę jako dobry środek odkażający do przemywania ran. Działanie odkażające chloraminy podkreślają również K l i m m e r i B e r g e r (1921 r. Ch. Z. B. IV. 1252) zaznaczając jednocześnie, że środek ten nie drażni tkanek, — w słabym stopniu zatruwa ustrój, pobudza ziarninowanie i przyśpiesza pokrywanie się ran nabłonkiem.

G r ü n w a l d (1923 r. Ch. Z.) ustalił, że chloramina w stężeniu 0,2 — 0,5% zupełnie nie drażni błon śluzowych i stanowi w tym stężeniu jeszcze zupełnie dobry środek antyseptyczny, Hailer (1923 B. f. exp. u. Pharm. XVIII. 415) stwierdza zabójcze

działanie chloraminy na prątek gruźlicy i wysuwa przypuszczenie, że dzieje się to prawdopodobnie dzięki obecności w chloraminie czynnego chloru. Autor ten poleca chloraminę do odkażania plwociny.

Brunch (1925 r. Ch. Z. B.) ustala nawet, iż do zabicia prątków gruźliczych w plwocinie należy używać 2,7% roztworu technicznej chloraminy. E. Bergen (1924 r. Ch. Z, B. II. 2598) jest zdania, iż działanie odkażające chloraminy dorównuje sublimatowi. Poleca on do odkażania rąk 0,25 — 0,5%, do dezynfekcji kału — 1% roztwór chloraminy. Na zlecenie tego autora firma Heyden (Drezno) wyprodukowała mydło chloraminowe, które nie wywołuje uszkodzeń skóry i nie traci swych własności dezynfekcyjnych nawet po upływie dłuższego okresu czasu. Lochman i Ulrich (1925 r. B. Z. exp. Pat. u. Pharm. XXIX) porównywali działanie chloraminy z wodą chlorową, podchlorynem sodu i fenolem. W wyniku tych badań chloramina okazała się pod względem bakteriobójczym nie gorszą od wymienionych środków, a w razie konieczności dłuższego stosowania — daleko dogodniejszą.

Siefert i Hieber (1927 r. Ch. Z. B. 8449) polecają chloraminę w roztworze 1,5%, ogrzanym do 65° C. do dezynfekcji wełny, szczeciny oraz futer, celem oczyszczenia tych materiałów z wąglika. Autorzy podkreślają przy tym jej nieszkodliwy wpływ na dezynfekowany materiał. Köser (B. z. exp. u. Pharm. XXVIII) porównywał chloraminę pod względem bakteriobójczym z chlorkiem wapna i doszedł do przekonania, że chloramina jest środkiem daleko lepszym, a to dzięki stałej zawartości chloru w roztworach. Mechanizm działania obu tych substancji autor uważa za identyczny. Hermann i Frank 1928 r. Ch. Z. B.) używali w praktyce ginekologicznej do przemywań pochwy chloraminę w roztworze 0.1% — 0.25%. Ulman w Encyklopedie der technischen Chemie, mówi o chloraminie jako doskonałym antisepticum i desodorans znajdującym zastosowanie przy opatrunkach, przepłukiwaniach, przemywaniach ran, dezynfekcji instrumentów chirurgicznych, bielizny chorych i wydalin.

De Lapersonne (Presse Medicale 1918/I/53) zapoczątkował stosowanie chloraminy w okulistyce. Używał on chloraminy w postaci płynu do przemywań gałki ocznej. Środek ten okazał się w praktyce oftalmologicznej potężnym czynnikiem przeciwkilnym, doskonale znoszony przez chorych. Wyjątkowo dodatnie działanie stwierdził autor przy leczeniu uszkodzeń rogówki, z powodzeniem leczył również zapalenie spojówek, ciężkie ropniaki przedniej komory oka, oraz przewlekłe ropienia worków spojówkowych.

W chirurgii ogólnej stosowano chloraminę w postaci roztworu wodnego do przemywań, okładów oraz maści przygotowanej na czystej wazelinie, lub sterynianie sodu. Jest rzeczą zasadniczą, aby podstawa maści nie zawierała żadnej substancji tłuszczowej lub organicznej, z którą chloramina mogłaby wchodzić w reakcję, gdyż przez to samo działanie jej mogłoby być słabsze lub niestałe.

Stosowanie maści chloraminowych oddawało znaczne usługi przy leczeniu gruźlicy kości, stawów, oraz zropiałych gruczołów chłonnych. W urologii stosowano słabe rozczyny chloraminy do przemywań cewki i pęcherza w schorzeniach przewlekłych. Wyjątkowo pomyślne wyniki działania chloraminy uzyskano w stomatologii i laryngologii w tych przypadkach, w których zwykłe środki antyseptyczne lub przeciwgnilne okazują się zbyt słabe lub drażniące.

Carnotti Baudamy (Pr. Medic. 1918) podawali chloraminę do wewnątrz w celu odkażania jelit i uważają ją za środek mało toksyczny, o wybitnej sile bakteriobójczej.

Z doświadczeń tych autorów wynika, że chloramina posiada wyraźne bakteriobójcze działanie na większość bakterji jelitowych, pozostaje jednak bez wpływu na pełzaki. Ponieważ jednak soki trawienne (w szczególności sok żołądkowy i żółć) rozkładają chloraminę dość szybko, z drugiej zaś strony wobec konieczności dłuższego jej stosowania w przypadkach schorzeń jelitowych — autorzy dołączają chloraminę do proszku węglowego lub gelozy, w których to warunkach rozkład samego środka oraz wywiązywanie się chloru następuje powoli. Dawka jednorazowa wynosiła 0,05, dawka dobowa 0,2 chloraminy. W razie ciężkiego przypadku dawkę tę można nawet podwoić. Waters (Medical Times 1919/I) leczył daleko posunięte przypadki gruźlicy, podawaniem do wewnątrz rozczynu chloraminy, zwiększając stopnio-

wo dawki do 0,3 pro die. Pod wpływem takiego leczenia zauważył on przejściowe nasilenie objawów chorobowych, po którym nastąpiło wyraźne polepszenie stanu ogólnego, obok zmniejszenia się ilości prątków w plwocinie.

Od kilku lat ukazał się na rynku doskonały preparat chlorujący, działaniem swym przewyższający znacznie wapno chlorowane. Przetworem tym jest „Annogen" — sól sodowa chloryloaminy kwasu benzenosulfonowego.

Annogen jest ciałem krystalicznym, białej barwy, o zapachu charakterystycznym dla chloru. Jego cząstka zawiera 14,7% chloru związanego z azotem, co odpowiada 29,4% chloru czynnego.

Wodne roztwory Annogenu, przechowywane w ciemnym szkle, są trwałe.

W obecności ciał łatwo utleniających się, Annogen ulega rozkładowi, tworząc podchloryn sodowy, który z kolei utlenia ten czy inny produkt.

Działanie chemiczne Annogenu może być więc dwojakie: chlorujące w stanie suchym i utleniające w roztworach wodnych.

Przetwór chloraminowy „Annogen", od roku 1926 badano w laboratoriach, pracowniach klinicznych, ambulatoriach i na oddziałach szpotalnych. Porównując Annogen z innymi chloraminami, stwierdzono pod każdym względem jego decydującą przewagę.

Jedną z pierwszych prac laboratoryjnych jest komunikat Świderskiego „O działaniu bakteriobójczym preparatów Annogenu i Tochloryny" (1928). Tematem pracy było ustalenie własności odkażających Annogenu in vitro oraz ustalenie warunków jego stosowania, % roztworów, czas stosowania, trwałość rozczynu i inne wpływy uboczne. Zbadano przede wszystkim sprawę rozpuszczalności Annogenu i tochloryny, przy czym ze względów teoretycznych użyto jako rozpuszczalnika 0,85% roztworu soli fizjologicznej. Przy danej ciepłocie nasycony roztwór zawierał 17,31% Annogenu, natomiast 12,89% Tochloryny. Annogen rozpuszcza się nieco wolniej, jednak pod względem rozpuszczalności przewyższa Tochlorynę. Obydwa rozczyny reagują zasadowo.

Po uzyskaniu powyższych danych, autor przystąpił do badania siły odkażającej obydwu roztworów, stosując dość trudną technicznie, jednak pewniejszą w wynikach metodę dodawania do gotowych rozczynów Annogenu i Tochloryny, zawiesiny świeżej agarowej hodowli danych bakterji, a następnie zasiewania ich po pewnym czasie na płytkach agarowych. Do doświadczenia użyto początkowo 2 rodzajów bakterii: 1. prątków duru brzusznego (niezarodnikowe, gramoujemne) i 2. prątków siennych — b. Subtilis (zarodnikowe, gramododatnie, odznaczające się dużą odpornością). W wyniku tych doświadczeń stwierdzono, że obydwa przetwory (Annogen i Tochloryna) w stężeniu 1% i wyższym, zabijają po 30 minutach działania nawet zarodnikowce.

Następnie przeprowadzono szereg badań ze słabszymi rozcieńczeniami tych preparatów oraz skrócono czas działania otrzymując w wyniku następujące dane: 1. Annogen posiada działanie odkażające silniejsze od Tochloryny. 2. Czas działania odgrywa dla obydwu roztworów podrzędną rolę: nie stwierdzono zależnie od zmienionego czasu działania większych różnic w sile wzrostu bakterii. 3. W bardzo słabych stężeniach Annogen (0,01%) działa silniej na b. subtilis niż na prątek durowy.

W dalszych próbach użyto gronkowce (staphylococcus albus), których zachowanie się było podobne do b. subtilis. Stąd można wnioskować, że w ogóle drobnoustroje gramododatnie silniej podlegają działaniu Annogenu niż gramoujemne. (Podobne własności wykazują również niektóre związki anilinowe, jak np. barwiki typu Krystallviolet, Pyoctanina itp.).

Następnie autor próbował ustalić, jaka grupa chemiczna posiada w Annogenie działanie odkażające: czy chlor wydzielany przy zetknięciu się Annogenu z innymi substancjami, czy też ugrupowania cykliczne znajdujące się w tym preparacie? W toku przeprowadzonych badań ustalono przede wszystkim, że Annogen wywiązuje więcej wolnego chloru niż Tochloryna. Jeśli zaś wywiązujący się wolny chlor zabojętnić (za pomocą As_2O_3, który sam przez się na bakterie nie działa) — pozbawia się Annogen bakteriobójczych własności. Z tego wynika, iż substancją czynną jest w Annogenie wywiązywany aktywny chlor.

Autor następnie porównywał miano wolnego chloru w rozczynach świeżych oraz po upływie 10, 20 i 30 dni i stwierdził nieznaczne tylko zmniejszenie się zawartości chloru (0.05/cm^3), przy czym stare rozczyny nie traciły wcale na swej wartości bakteriobójczej.

Na zakończenie autor badał zachowanie

się Annogenu w obecności białek. W tym celu do mieszanki składającej się z 1% roztworu Annogenu i 0,1% surowicy zwierzęcej lub ludzkiej (1:9), dodawano zawiesiny świeżych hodowli b. typhi, b. subtilis i staphylococcus, a po upływie 15-tu minut dokonywano wysiewu.

Poza tym dodawano również Annogen do płynu ropnego z opłucnej, zawierającego liczne paciorkowce. We wszystkich próbach otrzymano w rezultacie obfity wzrost bakterii. Na podstawie dokonanych doświadczeń, autor wyprowadza następujące wnioski:

1. Annogen pod względem bakteriobójczym przewyższa Tochlorynę.
2. Rozczyny Annogenu odznaczają się znaczną trwałością.
3. Czynnym składnikiem Annogenu jest chlor.
4. W wodzie destylowanej i roztworze soli fizjologicznej, Annogen rozpuszcza się szybko nie dając zmętnienia.
5. W obecności ropy i białka Annogen w słabych rozcieńczeniach (możliwych do zastosowania w terapii ludzkiej) wchodzi całkowicie w reakcję i wskutek tego przestaje działać na bakterie.

W takich przypadkach dla osiągnięcia pożądanych wyników należałoby zastosować obfite przemywanie roztworem Annogenu.

Bakteriobójcze własności Annogenu badał również O w c z a r e w i c z (1926). Autor ten ustalił, że rozczyn Annogenu 1:750, gotowany w ciągu 10 minut, zabija streptococcus viridans po 10 minutach działania, a hamuje wzrost tejże bakterii jeszcze w rozcieńczeniu 1:2000.

Potwierdza to zdanie Ś w i d e r s k i e g o o trwałości roztworów Annogenu, które nawet po gotowaniu nie tracą swych bakteriobójczych własności. Porównując następnie fizyczne i odkażające własności Annogenu z wapnem chlorowanym, autor dochodzi do następujących wniosków:

Wapno chlorowane jest przetworem o zmiennej ilości chloru, który szybko traci na sile w roztworach, a w stanie suchym wymaga przechowywania w szczelnie zamkniętym naczyniu. Annogen, natomiast, ma stały odsetek chloru, który utrzymuje się bez zmiany w rozczynach oraz przy przechowywaniu w stanie suchym. Bakteriobójcze własności chloraminy są daleko wyższe od wapna chlorowanego: tak wg. K o c h a przetrwalniki wąglika wytrzymały nasycony rozczyn wapna chlorowanego w ciągu 2 — 5 dni, podczas gdy 5% roztwór chloraminy wg. K ö s e r a zabija je po 3-ch godzinach. Przyjmując nawet, że K o c h pracował przypuszczalnie ze słabym preparatem wapna chlorowanego, a z mocniejszym szczepem wąglika, różnice w obu wypadkach są bardzo znaczne.

Wiadomo z praktyki jak trudne i kłopotliwe jest przechowywanie wapna chlorowanego w składach i magazynach, jak łatwo ono wietrzeje przy najmniejszej ilości wilgoci w powietrzu i zatruwa chlorem otoczenie. Annogen jest pod tym względem zupełnie bezpieczny.

Jest on również wygodniejszy ze względu na małą ilość potrzebną do odkażania. Z tych też względów, dla celów praktycznej desynfekcji bardzo wskazanym jest zastąpienie dotychczas stosowanego wapna chlorowanego przez Annogen, jako środek silniejszy pod względem odkażającym, a praktyczniejszy przy zabiegach oraz przechowywaniu.

Ciekawą jest również praca K l o t t a (1931) „O dezynfekcyjnych i antytoksycznych własnościach Annogenu w stosunku do beztlenowych laseczników".

Autor przeprowadził swe badania na bakteriach tężca, bc. botulini, grupie laseczników obrzęku złośliwego, oraz grupie laseczników gnilnych. Na podstawie doświadczeń lat poprzednich autor stwierdza, że w przypadkach zakażenia beztlenowymi lasecznikami, wchodzą w grę głównie formy wegetacyjne, same zaś zarodniki (szczególnie pozbawione resztek toksyny), nawet w bardzo dużych ilościach, nie są w stanie wywołać zakażenia. Wobec tego każdy środek antytoksyczny jest dla tej grupy bakterii w ustroju pośrednio środkiem dezynfekcyjnym.

K l o t t badał bakteriobójcze własności Annogenu w rozcieńczeniach 0,25 — 2.0%. W płynach czystych (woda destylowana, roztw. fizjologiczny soli) Annogen w tych rozcieńczeniach zabija dość szybko formy wegetacyjne, a nawet zarodniki (w stężeniach mocniejszych). W obecności natomiast obcych ciał natury koloidalnej (humusowych lub białkowych), bakteriobójcze działanie Annogenu słabnie tym gwałtowniej, im silniejsze jest zagęszczenie tego obcego ciała. Już np. na zwykłych pożywkach (bulion wątrobiany), zawierających nawet 1 — 1.5% Annogenu, rozwijają się szybko wszystkie beztlenowce. Au-

tor stwierdził przy tym niejednakową wrażliwość poszczególnych grup i szczepów beztlenowców na stężenie Annogenu: największą wrażliwość okazała grupa bakterii gnilnych. Z przytoczonych wyżej faktów wynika, iż w tych przypadkach, w których chodzi o zniszczenie zarazków chorobotwórczych, w przyrodzie zawsze zmieszanych z ropą, nawozem, gnijącymi odpadkami itp., użycie Annogenu jest mało skuteczne, lub całkiem bezcelowe.

W toku badań autor zauważył jednak, iż kultury beztlenowców na pożywkach zawierających domieszkę Annogenu, są w pewnych okresach rozwoju całkiem lub znacznie mniej zjadliwe od kultur hodowanych na pożywkach bez dodatku Annogenu. Fakt ten zmusił K l o t t a do zbadania antytoksycznych własności Annogenu. Szereg doświadczeń poczynionych w tym kierunku wykazał, iż Annogen w krótkim czasie niszczy bez śladu toksyny wszystkich badanych chorobotwórczych beztlenowców (dla toksyn płynnych wystarcza 2 — 3 minuty działania 2% roztworu Annogenu, w suchym stanie są one nieco wytrzymalsze). Przeprowadzone następnie, szeroko zakrojone doświadczenia na zwierzętach, dały wyniki dodatnie w tym względzie; we wszystkich przypadkach stosowania Annogenu w postaci przemywań, kompresów (2%) lub wstrzykiwań podskórnych czy też domięśniowych, ratowano zwierzęta od niechybnej śmierci lub też znacznie osłabiano przebieg choroby.

Doświadczenia te potwierdziły przytoczone na początku zdanie autora, że same zarodniki bez toksyn i form wegetacyjnych, nie znajdują dla siebie wewnątrz żywego ustroju odpowiednich warunków rozwojowych. Wobec tego Annogen ,będąc nawet niezbyt silnym środkiem odkażającym, niszczącym przeważnie tylko formy wegetacyjne, jest jako środek antytoksyczny bardzo wskazany do przemywań zanieczyszczonych ran we wszystkich przypadkach, gdzie powstaje obawa zakażenia lub intoksykacji.

W końcowym wniosku autor poleca stosowanie Annogenu w szczególności w razie niebezpieczeństwa zakażenia tężcem lub zgorzeli, a więc w ranach zanieczyszczonych, owrzodzeniach i ropniach.

B a b e c k i w pracy „Metody badania i odkażania wody" (Lek. Wojsk. Nr. 6, Tom XXXI 1938) omawia również możliwości odkażania wody do picia chloraminami i przytacza własne spostrzeżenie o działaniu Annogenu. Autor jest zdania, że chloraminy działają bakteriobójczo przede wszystkim jako takie, a następnie przez odszczepiający się chlor. Działanie to jednak zależy od składu i odczynu danej wody. Całkowite odkażenie wody osiągano po 10 — 15 minutach przy dodatku kwasu cytrynowego lub winnego (0.4 — 0.5 na litr wody). Ponieważ sam kwas w takich badaniach nie odkażał wody nawet w przeciągu dwóch godzin, przeto można przyjąć, że zwiększenie siły bakteriobójczej i przyspieszenie działania Annogenu było wynikiem działania wolnego chloru, który odszczepia się łatwo od chloramin w środowisku kwaśnym.

„Wolny chlor w podchlorynach dodany do wody, już w ilości 1 mgr na litr wody, przeważnie nadaje wodzie wyraźny, nieprzyjemny zapach i smak, podczas gdy chloraminy w ilości odpowiadającej 2 — 3 mgr. chloru na litr wody, nie dadzą się wyczuć ani smakiem, ani zapachem i dopiero w ilości 4 mgr chloru (20 mgr/litr) dają zaledwie wyczuwalny smak i zapach".

„W tych ilościach ani wolny chlor, ani chloraminy nie są, jak się zdaje, dla zdrowia szkodliwe". Autor potwierdza to na podstawie własnych spostrzeżeń poczynionych nad pojeniem zwierząt laboratoryjnych. Sam przy tym pił przez miesiąc codziennie wodę zawierającą 10 mgr chloraminy i nie zauważył najmniejszych objawów ujemnych. Wobec powyższego autor podkreśla bezsprzeczną wyższość chloraminy nad wolnym chlorem i podchlorynami, jeśli chodzi o zapach i smak wody odkażanej do picia. Podkreśla on również, iż „wielką zaletą chloramin w warunkach polowych jest stałość ich składu nie tylko w stanie suchym, ale i w roztworach; nawet w obecności światła rozkładają się one powoli." Badania Mc. Ke n z i e wykazały, iż działanie bakteriobójcze chloramin w wodzie trwa dłużej, niż działanie wolnego chloru.

Należy jednak mieć na uwadze, iż w wodach silnie zanieczyszczonych, odkażenie może nie nastąpić i bardzo liczne bakterie mogą pozostać, chociaż analiza będzie wykrywała obecność 1 mgr i więcej wolnego chloru na litr wody. W tych wypadkach należy wodę kontrolować badaniem bakteriologicznym.

Obok badań bakteriologicznych, Annogen był wypróbowany przez cały szereg klinicystów. Szarecki (1926) stosował Annogen na oddziale chirurgicznym w przypadkach ran zakażonych oraz pooperacyjnych w postaci płukania, zalewania do zatok ropiejących, sączkowania gazą zwilżoną, oraz okładów pod ceratką. Autor stosował wysokie stężenie Annogenu (2%) i podaje następujące spostrzeżenia: 2% roztwór Annogenu powoduje przy zetknięciu się z raną mniejsze lub większe pieczenie trwające do kilku godzin; objaw ten wystąpił na skutek zbyt wysokiego stężenia Annogenu.

Rany wydzielały wyraźny zapach chloru, powierzchnia ran ziarninowa lub bezziarninowa stawała się silnie zaczerwieniona (działanie przypominające wodę utlenioną). Przy dłuższym stosowaniu 2% okładów pod ceratką, obserwowano pieczenie lub swędzenie skóry otaczającej ranę. Dolegliwość tę usuwa całkowicie maść cynkowa lub wazelina. Kliniczne spostrzeżenia bakteriobójczego działania Annogenu wykazały, iż rany zakażone, pokryte brudnoszarym nalotem, z obrzmiałą ziarniną i wydzieliną o charakterze posoczniczym, już po 2 — 4 krotnym zastosowaniu Annogenu w postaci przemywań lub sączkowania, oczyszczają się, ziarnina staje się żywą, a charakter wydzieliny zbliża się do pus bonum et laudabile.

Na podstawie swych długotrwałych spostrzeżeń autor wyciąga następujące wnioski:

1. Rany zakażone gronkowcem przy leczeniu 2% roztworem Annogenu w krótkim czasie stają się zupełnie czyste i dobrze się goją.

2. Rany zakażone paciorkowcem leczą się 2% roztworem Annogenu nieco dłużej (5 — 8 dni).

3. Użycie Annogenu w przypadkach zakażenia pałeczką obrzęku złośliwego, dało również wyniki dodatnie: po 3 — 4 dniach stosowania 2% roztworu Annogenu badania bakteriologiczne ropy nie wykryły obecności pałeczki.

4. W zastosowaniu do b. coli działanie bakteriobójcze Annogenu wydaje się nieco słabsze.

Szczodrowski (1927) używał Annogenu na oddziale skórno - wenerycznym w kilku przypadkach rzeżączki oraz zapalenia pęcherza. Wykonywał on przemywanie Annogenem sposobem Janet'a raz na dobę rozczynem 1:10.000 i podnosił stopniowo stężenie roztworu do 1:5.000. Wyciek z cewki był badany codziennie przed zabiegiem na obecność dwoinek Neissera. Zarówno w czasie zabiegu jak i po nim, chorzy nie odczuwali najmniejszego podrażnienia dróg moczowych.

Po pierwszych dwóch przemywaniach wyciek znacznie się zmniejszył, ustąpiło również „rżnięcie" w cewce przy oddawaniu moczu. Dalsze przemywania już wolniej wpływały na zmniejszenie się wycieku.

Badania codzienne wycieku na dwoinki Neisser'a, wykazywały obecność ich przy bardzo skąpym wycieku i lekko mętnej pierwszej porcji moczu. (Próba Tompson'a).

Autor jest zdania, że Annogen stosowany do przemywań cewki moczowej sposobem Janet'a, może zahamować rozwój rzeżączki ostrej i pozwala opanować sprawę chorobową. W przypadkach pęcherza wynik leczenia Annogenem był również wyraźny. Wobec powyższych danych autor zalicza Annogen do bardzo skutecznych środków w zakresie miejscowego leczenia zakażeń narządu moczo - płciowego.

Borczowski (1930) używał 0.1% roztworu Annogenu w okulistyce przy leczeniu zapalenia spojówek z ropną wydzieliną oraz przy blepharitis. Stosował on Annogen w postaci przemywań i stwierdził znakomite wyniki tego rodzaju zabiegów. Przychocki (1931) używał Annogenu w przypadkach chorób skórnych (łupież, hyperhydrosis, pitiriasis rosea) w postaci zmywań 1% lub mydła, otrzymując wyraźnie dodatnie wyniki. Bartenbach leczył Annogenem (1932) oparzenie palców obu rąk, wywołane promieniami radu. Stosowano codziennie ciepłe wanny z 1% roztworem Annogenu, a następnie okłady pod ceratką ze słabszego roztworu. Cały okres leczenia trwał zaledwie 3 tygodnie i w ciągu następnych lat nie wystąpiły objawy nawrotowe.

Nasuwa się tu przypuszczenie, iż Annogen podnosi biologiczną sprawność komórek. W licznych przypadkach stosowania Annogenu, autor zauważył miejscowe znieczulające działanie Annogenu, występujące bardzo wyraźnie przy płukaniu jamy ustnej, w przypadkach zapalenia okostnej i próchnicy zębów. W ambulatoriach sto-

suje on 1% roztwór Annogenu do przemywań przy wszelkiego rodzaju zranieniach i nigdy nie notował ujemnego wyniku takiego leczenia. Szczególnie korzystnie działa Annogen przy leczeniu niektórych uszkodzeń wywołanych chemicznymi środkami (iperyt). Należy go wtedy stosować w roztworze soli fizjologicznej w stężeniu nie przekraczającym 0,25% w postaci okładów pod ceratką obok ciepłych kąpieli 0.5% (20-minutowych) przed każdym opatrunkiem. Proponowana przez różnych autorów maść 1% na sterynianie sodowym, może wywołać silne podrażnienie uszkodzonej skóry; należy w tych przypadkach stosować jako podstawę czystą amerykańską wazelinę lub dermitrynę, w której % Annogenu nie spada tak szybko (do tygodnia). W anginach, zapaleniach gardła i nieżytach nosa należy stosować roztwory Annogenu do płukania w stężeniu nie wyższym ponad 0,25%, najlepiej w roztworze fizjologicznym soli kuchennej. W owrzodzeniach skórnych autor stosował przysypkę Annogenową z talkiem (w stosunku 1:10 i spostrzegał działanie zbliżone do vioformu.

Annogen znalazł również zastosowanie w praktyce weterynaryjnej. Badania przeprowadzili w Okr. Szp. Koni oraz Klinice Okr. Sz. Weteryn. Mieszkowski, Marczewski, Weitzkorn i Eberle.

Autorzy ci stwierdzili dodatnie wyniki przy leczeniu ropni, grudy u koni (dermatitis verrucosa equi) oraz zakażonych ran, z których Annogen najszybciej usuwa paciorkowce.

Annogen okazał się niezastąpionym środkiem w przychodniach oddziałów wojskowych oraz na letnich obozach harcerskich. Sprawozdania poszczególnych lekarzy oddziałowych, potwierdzają wielostronne możliwości zastosowania tego środka do celów lecznictwa oraz higieny.

Prof. Kirkor przy pomocy Annogenu dokonał w rezydencji Pana Prezydenta Rzeczypospolitej, w Spale, odkażenia filtru odżelawiającego oraz całej sieci wodociągowej w stosunku do b. coli. Dezynfekcja udała się w 98%.

OGÓLNE WSKAZANIA DO STOSOWANIA ANNOGENU.

Wskazania:	**Sposób użycia:**
Chirurgia:	
Odkażanie rąk, pola operacyjnego, narzędzi i gazy.	— roztwór 0.5 — 1.0%.
Okłady pod ceratką, przemywanie, sączkowanie ran ropnych, przetok i owrzodzeń (działanie zbliżone do wody utlenionej: rany zakażone gronkowcem, paciorkowcem lub pałeczką obrzęku złośliwego już po kilku dniach stosowania Annogenu nie wykazują obecności bakterji i oczyszczają się).	— roztwór 0.1 — 0.25% (w roztworze fizjologicznym soli).
Wypadki ze wskazaniem do zastosowania maści odkażającej.	— 1% maść na wazelinie lub dermitrynie.

Uwaga: Do przemywań ran lub owrzodzeń silnie ropiejących, należy początkowo używać roztworów o wyższym % Annogenu, gdyż wstępuje on w reakcję z ciałami białkowymi, tracąc na swej bakteriobójczej sile.

Choroby wewnętrzne:	
Odkażanie przewodu pokarmowego w zatruciach pokarmowych, nieżytach jelit i czerwonce.	— 0.05 — 0.1 pro dosi (0.3 p. die) w połączeniu z carbo ligni, calc. carbonicum lub magnesia usta.
Jako antihelminticum przeciw pasożytom przewodu pokarmowego.	— 0.5 — 1.0% w postaci lewatywy.

Laryngologia:	
Anginy, sprawy zapalne i ropne górnego odcinka dróg oddechowych.	— 0.1 — 0.25% roztwór (można też z solą kuchenną 0.75%) do płukania.
Dermatologia:	
Hyperhydrosis.	— przysypka z talkiem (1:10).
Łojotok, trądzik, czyraczność, zanokcica, zajad, róża, ulcus cruris, pityriasis.	— roztwór 0.25 — 0.5% do zmywań lub okładów. 1% maść na wazelinie amerykańskiej lub dermitrynie.
Okulistyka:	
Ropne zapalenie spojówek, wrzód rogówki.	— roztwór 0.1% (w fizjologicznym roztworze soli) do przemywań lub okładów.
Urologia:	
Zapalenie cewki moczowej i pęcherza.	— roztwór 0.01 — 0.025% (w fizjologicznym rozczynie soli) do przemywań.
Ginekologia:	
Stany nieżytowe i zapalne narządów rodnych	— roztwór 0.1 — 0.25% do przemywań i tamponów.
Higiena:	
Dezynfekcja bielizny i naczyń, odkażanie plwociny i kału.	— roztwór 2 — 3%.
Jako desodorans do jamy ustnej	— roztwór 0.1% do płukania.
Jako profilacticum od pocenia się nóg w marszu, przeciwko otarciom stopy i czyraczności.	— w postaci mydła 10% lub przysypki z talkiem (1:10).

S T R E S Z C Z E N I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Witamina C, a gruźlica. (Acide ascorbique et tuberculose). A. P o l i c a r d.
Journ. de Med. de Lyon, Nr. 451, 1938.

Badanie nad witaminami i ich znaczeniem doprowadziły do wykrycia zespołów chorobowych znanych pod ogólną nazwą awitaminoz o charakterystycznym dla poszczególnych jednostek obrazie.

Obok tych jaskrawych przypadków awitaminozy, spostrzegano zaburzenia o mniej wyraźnym obliczu w przebiegu innych chorób.

Ponieważ jedno z pierwszych odkryć dotyczyło zaburzeń ilości witaminy C w przebiegu chorób zakaźnych, następnym etapem stało się szczegółowe badanie stosunku witaminy C do gruźlicy.

Istniały fakty, które nakazywały doszukiwać się związku między tymi dwoma sprawami. Do nich należało między innymi zanotowany w okresie złych warunków aprowizacyjnych wzrost zachorowalności i śmiertelności na gruźlicę (wojna, mrozy). Nie można oczywiście zapatrywać się tak jednostronnie, by nie spostrzec się, że w tych okresach nie tylko aprowizacja, ale w ogóle warunki życiowe znacznie się pogorszyły, co wpływało na wzrost liczby chorych.

Zagadnienie związku gruźlicy z awitaminozą C wymagało szerszych badań klinicznych i doświadczalnych. M i c h e l i M o u r i q u a u d badania swe oparli na spostrzeganiu świnek morskich poprzednio już zarażonych gruźlicą, które następnie poddawali diecie ubogiej w witaminy. Obok nich hodowali kontrolne, gruźlicze świnki morskie, które pozostawały na diecie normalnej. Zmiany gruźlicze wywołane u badanych zwierząt miały charakter przewlekły. Wyniki doświadczenia były wyraźne: świnki pozostające na diecie ubogiej w witaminy padały w ciągu 5 — 11 dni, podczas gdy zwierzęta kontrolne żyły około roku.

Doświadczenia można też przeprowadzić inaczej: zwierzęta trzymać najpierw na diecie bezwitaminowej, a następnie wywołać u nich zakażenie gruźlicze. I w tych przypadkach porównanie zwierząt karmionych normalnie z tymi, które nie otrzymywały w pożywieniu witamin, wskazuje również na niekorzystny wpływ awitaminozy na przebieg gruźlicy. A teraz, jeżeli przejść do fizjologii i przemiany witaminowej w ustroju, to podkreślić należy, że organizm ludzki nie ma zdolności syntetyzowania witaminy C i dlatego musi być mu ona z zewnątrz dostarczona. Bilans witaminy C ustroju zdrowego jest zrównoważony przy podaży około 40 — 50 mg witaminy na dobę. Witamina ta zostaje wchłonięta w obrębie przewodu pokarmowego i drogą krwi zmagazynowana w dużej części w nadnerczach, wątrobie, jądrach i ciałku żółtym.

W przypadkach gruźlicy płuc mamy do czynienia z deficytem witaminy C i to tym większym, im cięższej sprawa chorobowa przebiega. Dzienne zapotrzebowanie witaminy C w tych przypadkach wynosi około 100 mg.

Z danych tych wypływa wskazanie terapeutyczne do podawania witaminy C w możliwie dużej ilości w gruźlicy płuc. Gruźlica płuc przy terapii tego rodzaju cechuje się łagodniejszym przebiegiem, zwłaszcza wyraźnie zmniejszają się lub znikają objawy ogólnego zatrucia: gorączka, chudnięcie, brak łaknienia, niestrawność. W okresach krwotoków płucnych, wskazane jest stosowanie witaminy C drogą parenteralną. Daje to niekiedy dość dobre wyniki, lecz należy zawsze obok tego stosować wszystkie inne środki przeciwkrwotoczne.

W gruźlicy jelit przy stosowaniu witaminy C objawy chorobowe osłabiają się, jednakże w tych przypadkach nie należy również podawać witaminy C doustnie, lecz stosować ją w postaci przetworów do wstrzykiwania.

Wskazanie do stosowania witaminy C w gruźlicy jelit zostało również potwierdzone doświadczalnie, a mianowicie u świnek morskich z gruźlicą płuc, którym podawano w dużej ilości witaminę C nie powstawały owrzodzenia jelitowe, podczas gdy jelita zwierząt kontrolnych wykazywały bardzo rozległe zapalne zmiany gruźlicze.

W gruźlicy kostnej zapotrzebowanie witaminy C nie jest tak wielkie, jak w gruźlicy płuc, jednakże podawanie jej wpływa dodatnio na przebieg choroby.

Powrót do pracy chorych na gruźlicę płuc. (La réadaptation des tuberculeux pulmonaires au travail). H. D e s c o m p s.

Bull. Gen. de Ther. Nr. 9, 1938.

Gruźlica, jako przyczyna wyłączenia czasowego lub stałego, ze społeczeństwa pracującego setek tysięcy ludzi, stanowi zagadnienie społeczne nadzwyczaj doniosłej wagi. Sprawa jej leczenia, wyleczenia i zaleczenia, to wiecznie aktualna kwestia lekarska i ogólnoludzka.

Leczenie ambulatoryjne, szpitalne, a wreszcie sanatoryjne, to poszczególne etapy rozwoju lecznictwa gruźlicy, świadczące o szerszej i dokładniejszej opiece nad chorymi.

Najlepszą z dotychczas wprowadzonych metod leczenia gruźlicy jest oczywiście pobyt w sanatorium, nie można jego jednak uważać za rozwiązanie zagadnienia leczenia gruźlicy. W obecnym momencie, terapia gruźlicza posunęła się o tyle naprzód, że w tysiącach przypadków możemy się spodziewać uratowania lub poprawy zdrowia chorego. Osobnik taki, u którego gruźlicę płuc wykryto, zostaje jakby wycofany na pewien czas z obiegu swego dotychczasowego życia, by poddać się leczeniu sanatoryjnemu. Przebywa w tym sanatorium na koszt własny lub instytucji społecznej z tym, że ma nadzieję powrotu do zdrowia i pracy.

I teraz sprawa może pójść w dwu kierunkach: choroba postępuje naprzód i chory ginie, lub stan

chorego poprawia się i w pewnym momencie wydaje się na tyle dobry, że chory uważa się za zdolnego do pracy. Człowiek ten wraca do swego dawnego środowiska, trybu życia i pracy, wkrótce znów następuje pogorszenie, wymagające ponownej kuracji sanatoryjnej. W ten sposób powstaje błędne koło, ponieważ człowiek, który przez długi czas pozostawał w warunkach całkowitego spokoju przy bardzo dobrych warunkach życia, zmienia nagle skrajnie sposób życia i naraża się na chorobę w znacznie większym stopniu, niż gdyby w sanatorium w ogóle nie był.

Poprawić ten stan rzeczy można przez przedłużenie ścisłej opieki lekarskiej poprzez okres leczenia na czas rekonwalescencji i początek tzw. zdrowia. Po uzyskaniu poprawy zdrowia przy zastosowaniu poszczególnych metod terapeutycznych w okresie całkowitego spokoju, należy przejść do dalszego etapu leczenia. Wyraźna, trwająca dłużej poprawa zdrowia powinna być momentem, w którym zaczyna się chorego przyzwyczajać do normalnego trybu życia i ewentualnej pracy. Wysiłki chorego muszą być dawkowane równie dokładnie, jak lekarstwa: dawki pracy muszą być stopniowo zwiększane przy bardzo dokładnej obserwacji lekarskiej. O ile gruźlik przy takim postępowaniu dojdzie do 8 godzinnej pracy w ciągu doby, przy czym stan jego utrzymuje się na dobrym poziomie, można go z sanatorium wypisać i może on do domu powrócić z zastrzeżeniem, że:

1) praca jego nie jest zbyt ciężka i nie odbywa się w warunkach dla zdrowia szkodliwych;

2) czas pracy nie będzie przekraczał 8 godzin na dobę i po nim nastąpi choćby krótki okres zupełnego odpoczynku;

3) chory pozostaje nadal pod ścisłą kontrolą lekarską.

Jeżeli chodzi o techniczną stronę wprowadzania stopniowego chorego do pracy, to można to zrealizować, bądź to przez zatrudnienie ich w okresie ich rekonwalescencji w sanatorium, bądź też przez urządzanie zbiorowych obozów pracy dla gruźlików poza sanatorium, w których by mogli znaleźć zajęcie chorzy z kilku sanatoriów.

Drugi rodzaj organizacji jest bardziej kłopotliwy i kosztowny, wchodzi tu bowiem w grę budowa i urządzanie nowych gmachów, tworzenie nowego personelu służbowego itd.

Wprowadzanie chorych do pracy ma bardzo duże znaczenie z punktu widzenia:

1) moralnego — chory przyzwyczaja się do pracy i o niej myśli,

2) fizycznego — przeciwdziała zwiotczeniu mięśni, co jest zjawiskiem niepożądanym dla organizmu,

3) zapobiega uczuciu ogólnego znużenia, które przy dłuższym okresie bezczynności u chorych się pojawia.

Praca chorego dotyczyć powinna, o ile możliwe, poprzedniego jego zawodu, o ile nie ma do tego wyraźnych przeciwwskazań lekarskich. O ile ten wypadek zachodzi, należy nauczyć chorego pracować w nowym zawodzie. Chory w okresie pracy swej w sanatorium nie może mieć wrażenia, że jest przez kierownictwo sanatorium wyzyskiwany i praca jego musi mu przynosić zadowolenie i korzyść materialną.

Wytwory pracy chorych należy sprzedawać. Rynkami zbytu stać się powinny inne zakłady lecznicze i instytucje państwowe. W ten sposób budżet sanatorium będzie nieco zasilony i chorzy przekonają się o swej zdolności do pracy zarobkowej.

Po przejściu okresu próbnego w sanatorium z wynikiem pomyślnym chory opuszcza zakład i chce powrócić do swej dawnej pracy, będącej dla niego źródłem utrzymania siebie i rodziny. W tym momencie pojawiają się nowe trudności. Starania o pracę są trudne i często daremne. Szanse zatrudnienia chorego na gruźlicę płuc, który wyszedł z sanatorium są mniejsze, niż wszystkich innych bezrobotnych. Organizacja pomocy chorym na gruźlicę powinna w tym momencie im dopomóc.

Nad realizacją omawianych programów wprowadzenia pracy do leczenia gruźlicy pracuje wiele państwowych organizacji w Europie.

W Holandii za sprawą V o s'a i B r o n k h o r t'a obowiązuje już w niektórych sanatoriach stopniowe nauczanie i przyzwyczajanie gruźlików do pracy zawodowej.

P a p w o r t h w Anglii organizuje ośrodki pracy przy sanatoriach.

We Włoszech przy zakładzie gruźliczym na 5000 łóżek M o r e l l i urządził szereg pracowni, ogrodów i innych placówek do pracy dla chorych z kompletnym wyposażeniem pracowni zawodowych. Szwajcaria, Niemcy i Czechosłowacja, czynią próby organizacji pracy dla chorych na gruźlicę płuc.

Mechanizm powstawania obrzęków u chorych sercowych. (Le mecanisme comlexe des oedemes des cardiaques). E d. D o u m e r.

La Presse Medicale Nr. 10, 1939.

Powstawanie obrzęków u chorych sercowych przypisuje się naogół czynnikom mechanicznym. Niewydolność serca wywołuje zaburzenia krążenia, powodując zastój krwi w naczyniach obwodowych i wzmożenie ciśnienia żylnego. Pod wpływem wzmożonego ciśnienia, w sieci naczyń włosowatych powstaje przesięk surowiczy i pojawiają się obrzęki. Ten pogląd nie wyjaśnia jednak wszystkich przypadków obrzęków sercowych, a jest słuszny jedynie dla pewnej ich grupy.

Obrzęki w przypadkach wady zastawki dwudzielnej, zapalenia osierdzia i w stanach niemiarowości połączonej z przyspieszeniem czynności serca, są obrzękami mechanicznymi, o czym świadczy ich rodzaj — są to obrzęki twarde, trudno poddające się uciskowi, o zabarwieniu sinawym, umiejscowione w najniżej położonych częściach ciała.

Inny charakter mają obrzęki w przebiegu niewydolności lewej komory w następstwie zmian chorobowych tętnicy głównej, tętnic wieńcowych oraz w przebiegu nadciśnienia. Panuje przekonanie, że niewydolność lewej komory nie powoduje obrzęków w obwodowych częściach ciała, a jeśli powstają, to tylko przy niewydolności przewlekającej się, w przeciwieństwie do niewydolności prawej komory, która od początku trwania powodując przekrwienie bierne narządów, sprzyja przesiękom. Obrzęki pojawiające się w stanach przewlekającej się niewydolności lewej komory, są mniej twarde, łatwo dają się ucisnąć, są zazwyczaj blade, przypominają obrzęki nerkowe. Nie mają one charakteru opadowego, występują najczęściej na udach, w powłokach brzucha i w ja-

mach surowiczych a nawet na powiekach, sprawiając wrażenie ogólnego nawodnienia powłok.

L a u b r y słusznie twierdzi, że w przebiegu niewydolności lewej komory, istnieją zaburzenia gospodarki wodnej w zakresie powłok. Spostrzeżenie to znane już było w 1889 r. i opisane w tezie Vanheuwerswyna, który w przebiegu niewydolności krążenia rozróżniał dwa rodzaje obrzęków — różowe i blade, powstające w zależności od niewydolności prawej, bądź lewej komory serca.

Teoria powstawania obrzęków wskutek zatrzymywania chlorków z powodu nieprzepuszczalności nerek, nie jest obecnie wystarczająca. Mimo, że chlorek sodu wykazuje dużą wodochłonność, to jednak chlorek wapnia i potasu tej wodochłonności nie posiadają. Obecnie panuje przekonanie, że do powstania obrzęków na tle mechanicznym dołącza się również czynnik osmotyczny w obrębie naczyń włosowatych, a więc czynnik humoralny, względnie tkankowy. Czynnik ten polega bądź na zwiększeniu wodochłonności koloidów tkanek, bądź na zaburzeniach w dyfuzji śródbłonka włośniczek, bądź na zmianach zachodzących w samej krwi, które powodują przenikanie do tkanek płynów, obfitujących w chlorki.

W niewydolności lewej komory obrzęki powłok mogą pojawiać się nawet w przypadkach, w których nie występuje powiększenie wątroby, względnie przy nieznacznym jej powiększeniu, w przeciwieństwie do niewydolności prawej komory, która przebiega przy znacznym powiększeniu wątroby. C o t t e t, stosując w przypadkach niewydolności krążenia środki moczopędne, przekonał się, że w przebiegu wady zastawki dwudzielnej diureza była stosunkowo mała, odwrotnie proporcjonalna do stopnia powiększenia wątroby, podczas gdy na diurezę, w przypadkach niewydolności komory lewej, stan wątroby nie wpływał.

Badania E p p i n g e r a potwierdziły istnienie w pewnych przypadkach niewydolności krążenia zaburzeń w metaboliźmie komórek obwodowych, dotyczących zwłaszcza resyntezy kwasu mlekowego w glikogen. Być może, że zaburzenia te wpływają na zmianę przepuszczalności ścian naczyń włosowatych, co jednak nie jest ostatecznie rozstrzygnięte. Nasuwa się pytanie, czy obrzęk jest następstwem niewydolności krążenia, czy też zależy od zaburzeń humoralnych, względnie tkankowych, które mogą ujawniać się niezależnie od stanu serca. Wiemy, że wszystkie choroby wyniszczające powodują powstawanie obrzęków. Mechanizm powstawania tych obrzęków nie jest jednak dotychczas dostatecznie wyjaśniony, zarówno jak i współudział serca w ich powstawaniu.

Autor zastanawia się wreszcie nad zagadnieniem obrzęków, jako przyczyny zaburzeń w gospodarce wodnej, które wtórnie mogą doprowadzać do niewydolności serca. Przemawia za tym obserwacja 2 przypadków z obrzękami bez białkomoczu i bez zaburzeń sercowych, które wtórnie spowodowały duszność wysiłkową, kołatanie serca, pojawienie się rytmu cwałowego wraz ze znacznym powiększeniem sylwetki serca w rentgenogramie, bez nadciśnienia. Zaburzenia w gospodarce wodnej ustąpiły nagle przy równoczesnym zniknięciu zaburzeń sercowych bez stosowania leków sercowych, przy czym wymiary serca zmniejszyły się i stały się prawidłowe; w przypadkach tych nie było objawów pierwotnego uszkodzenia mięśnia sercowego.

A u b e l i M a u r i a c stwierdzili, że niektóre zaburzenia gospodarki wodnej połączone z obrzękami, powodują zaburzenia w gospodarce mineralnej pod postacią zwiększenia się poziomu sodu i zmniejszenia potasu i wapnia. Jeżeli zaburzenia wodochłonności powodują w mięśniu sercowym podobne zaburzenia gospodarki mineralnej, to mogą one nawet przy braku obrzęków wywołać wtórnie uszkodzenie mięśnia sercowego.

Nakłucie wątroby w chorobach krwi. (La ponction du foie dans les maladies du sang). P. E m i l e — W e i l, P. I s c h — W e i l i S. P e r l e s.

La Presse Médicale Nr. 93, 1939.

Nakłucie wątroby należy obecnie obok nakłucia szpiku kostnego, śledziony i gruczołów chłonnych do podstawowych metod badania czynności układu krwiotwórczego. Pozwala ono uzupełnić obraz kliniczny oraz dane, otrzymane za pomocą badania innych narządów.

Nakłucie wątroby wykonywane było od dawna w celu rozpoznawania zmian chorobowych wątroby na podstawie zachowania się komórek miąższowych. Autorzy niniejszej pracy badali przede wszystkim czynność krwiotwórczą wątroby oraz jej współudział w chorobach krwi.

Technika nakłucia wątroby jest taka sama jak nakłucia śledziony, nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa i jedynym przeciwwskazaniem do jej wykonania jest skaza krwotoczna.

Badania punktatów wątroby pozwalają wykryć charakterystyczne obrazy dla poszczególnych chorób krwi:

1. W przypadkach choroby Biermera stwierdza się obok licznych komórek wątrobowych, zawierających brunatny barwik, krwinki czerwone jądrzaste, typu megaloblastów. Komórki te trudne do wykrycia we krwi krążącej, znajduje się z łatwością w punktacie z wątroby; obok megaloblastów zasadochłonnych, kwasochłonnych i obojętnochłonnych, stwierdza się obecność komórek młodocianych — hemocytoblastów i hemohistioblastów obok myelocytów. W większości przypadków elementy te są nieliczne. Badanie wątroby musi być wykonane przed leczeniem przetworami wątrobnymi, które w bardzo szybkim czasie zmienia obraz zarówno punktatu wątroby, jak i szpiku kostnego.

2. Choroba erytroblastyczna dorosłych (maladie erythroblastique de l'adulte) odznacza się w punktacie wątroby obecnością tych samych elementów komórkowych co choroba Biermera, jednak występujących w znacznie większej ilości. Obok megaloblastów stwierdza się liczne normoblasty we wszystkich formach przejściowych, liczniejsze niż poprzednio myelocyty oraz charakterystyczne dla tej sprawy chorobowej megakarjocyty. Dawna nazwa tej choroby brzmi — splenomegalie megacaryocytaire.

3. Każda z trzech zasadniczych postaci białaczek — szpikowa, limfatyczna i ostra jest łatwa do rozpoznania na podstawie obrazu punktatu wątroby. We wszystkich przypadkach elementy białaczkowe występują w takiej ilości, że całe pole widzenia jest nimi usiane, a właściwe komórki wątroby nikną między nimi.

4. Mięsak siateczkowo - śródbłonkowy odznacza

się obecnością w punktacie wątroby charakterystycznych dużych komórek z jasnym płatowym jądrem, o cytoplazmie zawierającej ziarnistości azurochłonne. Komórki te znane są pod nazwą — cellules riederiformes, paramyeloblastes de Noegeli i dysmorpho - polycaryocytes de Pittaluga. Obok nich spotyka się również wszelkie postacie erytroblastów i myelocytów.

5. Autorzy obserwowali 3 dzieci — rodzeństwo, dotkniętych chorobą Gauchera. U wszystkich w punktacie wątroby z łatwością stwierdzało się typowe komórki Gauchera obok komórek wątrobowych.

6. W chorobie Hodgkina autorom nie udało się stwierdzić w punktatach z wątroby obecności typowych komórek Sternberga, skupienia komórek kwasochłonnych, monocytów i komórek plazmatycznych, pozwalających na rozpoznanie ziarnicy złośliwej. Według autorów wynik badania jest ujemny wskutek tego, że ziarnica złośliwa daje zmiany ogniskowe, ograniczone i przy nakłuciu wątroby trudno jest trafić w ognisko zawierające typowe komórki.

7. Erytremia (erythremie) charakteryzuje się przede wszystkim stanem przekrwiennym wątroby. Przy badaniu punktatu, obok komórek wątrobowych spotyka się nieliczne erytroblasty, co pozwala na odróżnienie erytremii od choroby erytroblastycznej.

8. Żółtaczka hemolityczna (icterus hemolytique) charakteryzuje się obecnością brunatnego barwika, znajdującego się nie tylko w komórkach, lecz i poza nimi, łatwego do rozpoznania dzięki swemu zabarwieniu, zdolności załamywania światła i barwnej reakcji z błękitem pruskim.

9. Mimo, że rak wątroby nie należy do chorób krwi, autorzy podają wyniki badania punktatu z wątroby w przypadkach tego schorzenia. Stwierdzili oni tylko w jednym przypadku, obok prawidłowych komórek wątrobowych, komórki nowotworowe i liczne krwinki czerwone jądrzaste o typie przede wszystkim normoblastów oraz myelocyty.

We wnioskach autorzy podają, że w chorobach krwi nakłucie wątroby pozwala stwierdzić jej udział bądź pod postacią bujania w narządzie bądź też jako odżycie jej czynności krwiotwórczych z okresu życia płodowego.

Niemiarowość zupełna a gościec stawowy. (Arythmie complète et rhumatisme). L. Gravier i A. Tourniaire.

Le Journal de Médecine de Lyon. Nr. 450. 1938.

Spośród zaburzeń rytmiki serca, powstających w przebiegu gośćca stawowego, do najczęściej wymienianych należą zaburzenia przewodzenia przedsionkowo - komorowego, skurcze dodatkowe, częstoskurcz zatokowy oraz pewne zniekształcenie załamków elektrokardiograficznych, natomiast niemiarowość zupełna jest opisywana rzadko. Przy omawianiu wpływu różnych chorób zakaźnych na pojawianie się niemiarowości zupełnej, pomija się naogół chorobę Bouillaud, gdyż gościec uszkadza przede wszystkim mięsień sercowy komór oraz pęczek Hisa; pozostawia natomiast nietknięte przedsionki, których uszkodzenie warunkuje powstanie migotania przedsionków, podstawowej postaci niemiarowości zupełnej.

Nieliczne obserwacje niemiarowości zupełnej w przebiegu gośćca stawowego opisywali: Laubry i Doumer, Lian, Geraudel, Colin i Swift oraz Aubertin. Doniesienia te dwojako przedstawiają wpływ gośćca stawowego na niemiarowość.

1. Niekiedy w przebiegu ostrego gośćca stawowego niemiarowość zupełna pojawia się napadowo, okresowo. Często w takich przypadkach stwierdza się niewątpliwe zmiany anatomiczne wsierdzia, nie jest to jednak niezbędnym warunkiem do powstania niemiarowości. Zagadnienie to Aubertin omawia obszernie w swej pracy.

2. Niekiedy chodzi o stare zmiany zastawkowe, najczęściej o wadę zastawki dwudzielnej, w przebiegu których podczas gośćca stawowego pojawia się niemiarowość zupełna, początkowo jako zjawisko przemijające, napadowe, z czasem utrzymująca się stale. Jako czynniki wywołujące, względnie sprzyjające powstaniu niemiarowości, wymieniane są: miażdżyca, zmiany zastawkowe, wiek chorych oraz, według Laubry, dyskretne zmiany zapalne, nie zawsze wyraźnie występujące.

Korzystny wpływ salicylanu sodu w pewnych przypadkach niemiarowości zupełnej, przemawia za związkiem jej ze zmianami zapalnymi gośćcowymi. Autorzy podkreślają, że w przypadkach niemiarowości zupełnej, opornej na działanie naparstnicy, należy zastosować leczenie salicylanem sodu, które może dać dobre wyniki.

Autorzy podają obserwację 39-letniej chorej z wadą zastawki dwudzielnej, która jakoby nie chorowała na gościec stawowy, jedynie przed rokiem przebyła zapalenie nadgarstka, rozpoznane i leczone jako zapalenie rzeżączkowe. W wywiadach choroba Raynauda, wyleczona usunięciem zwoju gwiaździstego (stellectomie). U chorej tej w ciągu kilku miesięcy niemiarowość zupełna występowała napadowo i była przemijająca. Od miesiąca rozwinęła się niewydolność krążenia, a niemiarowość zupełna z rytmem komór około 200' utrzymała się stale. Wszelkie leczenie, z naparstnicą włącznie, było bezskuteczne. Dopiero zastosowanie salicylanu sodu dało zwolnienie rytmu komór do 80' i szybkie ustąpienie niewydolności krążenia.

Nowe wytyczne w leczeniu zatorów tętnic płucnych. (Les directives nouvelles dans la thérapeutique des embolies pulmonaires). M. Villaret, L. Justin — Besançon i P. Bardin.

Revue de Médecine Nr. 8. 1938.

Leczenie zatorów tętnic płucnych winno iść przede wszystkim w kierunku zapobiegania powstawaniu skrzeplin, zapobiegania wędrówce skrzepu oraz, w przypadkach powstania zatoru — zapobiegania wystąpieniu objawów wstrząsowych, często śmiertelnych.

Postępowanie to polega przed zabiegiem operacyjnym na:

1. wykryciu i usunięciu istniejącej w ustroju infekcji czy to paciorkowcowej, gronkowcowej, czy innej, za pomocą związków sulfamidowych.

2. dokładnym zbadaniu krwi z uwzględnieniem czasu krzepliwości i liczby krwinek płytkowych krwi.

3. wzmocnieniu czynności serca przez podawanie naparstnicy.

Podczas zabiegu, obok wzorowej aseptyki, nale-

ży unikać uszkodzenia naczyń żylnych. Po zabiegu operacyjnym jedni autorzy radzą wczesne opuszczanie łóżka, celem uniknięcia zwolnienia krwiobiegu, inni proponują gimnastykę w łóżku oraz podawanie hirudyny i stosowanie pijawek. Autorzy niemieccy podają tyroksynę w dawce 2 — 3 mg dziennie.

Natomiast nie wskazane jest, tak często stosowane przez chirurgów wstrzykiwanie dożylne płynu fizjologicznego, który jak to stwierdzono doświadczalnie, sprzyja powstawaniu skrzeplin i zatorów.

W przypadkach powstania skrzepliny zachowanie spokoju przy stałym pobycie w łóżku, jest zasadniczym czynnikiem zapobiegającym wędrówce skrzepów i powstawaniu zatorów. Znieczulenie lędźwiowe za pomocą nowokainy, wpływa niewątpliwie na skrócenie okresu obrzękowego. Również acetylcholina i niektóre pochodne choliny, wywołując rozszerzenie naczyń przyspieszają wchłanianie płynu obrzękowego.

Postępowanie lecznicze zapobiegające powstaniu ciężkich objawów zatorowych, polega na stosowaniu 3 rodzajów leków: pobudzających układ współczulny, porażających nerw błędny oraz alkalizujących ustrój. Korzystny wpływ tych leków stwierdzony został również doświadczalnie na zwierzętach.

Do leków pobudzających układ współczulny należą: efedryna i pochodna jej efetonina oraz pressyl, z grupy tyraminy — sympatol, wreszcie adrenalina i jej pochodna corbasil.

Do leków porażających nerw błędny należy przede wszystkim atropina, dalej belladonna i papaweryna.

Z leków alkalizujących ustrój stosuje się dwuwęglan sodu w ilości 5 — 10 g. dziennie.

W przypadku powstawania zatoru tętnicy płucnej pomoc musi być natychmiastowa, w przeciwnym bowiem razie chory ginie. Stosuje się:

a) przede wszystkim leki pobudzające układ współczulny, a więc adrenalinę dożylnie, efedrynę, sympatol i pressyl.

b) z leków porażających nerw błędny: atropinę i papawerynę,

c) leki pobudzające ośrodek oddechowy — koraminę, kofeinę, pressyl oraz oddychanie tlenem,

d) leki tonizujące serce, przede wszystkim ouabainę,

e) w przypadkach przebiegających z silnymi bólami, wstrzykuje się 0,03 morfiny, powtarzając tę dawkę aż do osiągnięcia ogólnej podanej ilości 0,1 — 0,12 — 0,15.

Prócz stosowania wymienionych leków, proponują znieczulenie zwoju gwiaździstego oraz zabieg chirurgiczny, polegający na usunięciu skrzepliny z tętnicy płucnej; takie postępowanie jednak jest dopiero w okresie próby.

Zator tętnicy płucnej daje różne objawy i postępowanie lecznicze zależne jest od tego, z jakim obrazem klinicznym mamy do czynienia.

1. Najczęściej zdarza się nagłe omdlenie, przy czym chory ginie w ciągu kilku minut, najdalej kilku godzin. W takich przypadkach należy natychmiast zastosować sztuczne oddychanie oraz

wstrzykiwania atropiny, adrenaliny i leków pobudzających ośrodek oddechowy.

2. Niekiedy powstanie zatoru tętnicy płucnej przypomina napad dusznicy bolesnej. Chory blednie, odczuwa gwałtowne bóle, utrudniające oddychanie, które staje się powierzchowne. Chory taki ginie w braku pomocy po kilku minutach. W przypadkach takich stosuje się duże dawki morfiny z dodatkiem atropiny oraz znieczulenie zwoju gwiaździstego.

3. W niektórych przypadkach zatoru tętnicy płucnej, dominującymi objawami są: wybitna duszność i sinica. Klinicznie stwierdza się ostry obrzęk płuc; śmierć następuje najdalej w ciągu godziny. W przypadkach tych stosuje się papawerynę, leki pobudzające układ współczulny oraz pobudzające ośrodek oddechowy.

4. Do ostatniej grupy klinicznej należą ciężkie zaburzenia naczyniosercowe z zupełną niemiarowością czynności serca, wybitnym przyspieszeniem tętna oraz spadkiem ciśnienia tętniczego. W przypadkach tych stosuje się adrenalinę, efedrynę i ich pochodne oraz ouabainę i leki pobudzające ośrodek oddechowy.

5. Wreszcie należy wspomnieć o względnie dobrotliwym zawale krwotocznym z bólami, dusznością i krwiopluciem, w przebiegu którego stosuje się duże dawki morfiny z papaweryną.

Niemiarowość serca w przypadkach nadciśnienia. (L'arythmie des hypertendus). M. A. Dumas.

Le Journal de Médecine de Lyon. Nr. 450. 1938.

Panuje przekonanie, że niemiarowość zupełna nie jest zjawiskiem typowym dla nadciśnienia. W związku z tym autor omawia szereg postaci niemiarowości, występujących w przebiegu nadciśnienia samorodnego, a więc przede wszystkim: niemiarowość przemijającą, w postaci skurczów dodatkowych, która zazwyczaj poprzedza wystąpienie niemiarowości zupełnej; dalej przejście skurczów dodatkowych w niemiarowość zupełną, określając ten stan jako „la phase pre-fibrillatoire", dalej okres niemiarowości zupełnej, ustalonej.

Do najczęstszych zaburzeń rytmiki serca, spotykanych w przebiegu nadciśnienia, należą skurcze dodatkowe, pojedyńcze, lub występujące salwami. Niekiedy nie dają one żadnych dolegliwości i mogą przebiegać niepostrzeżenie, a obecność ich stwierdza dopiero badanie przypadkowe, często jednak stają się przyczyną szeregu dolegliwości.

Skurcze dodatkowe pojedyńcze, odosobnione, odczuwają chorzy jako uderzenia serca o klatkę piersiową lub jako zatrzymywanie się serca. Dolegliwości te pojawiają się w okresie trawienia, po nadmiernym paleniu tytoniu, po wysiłkach fizycznych, przepracowaniu, niekiedy u osobników prowadzących tryb życia siedzący. Z czynników wpływających na powstawanie skurczów dodatkowych, wymieniają wpływy atmosferyczne, a więc zmiany temperatury, wilgotności, wiatry i burze. Znaną jest rzeczą, że szereg chorych z nadciśnieniem czuje się zupełnie dobrze w zimie i w lecie, natomiast dolegliwości ich zjawiają się, względnie potęgują w okresach przejściowych, a więc na wiosnę i w jesieni. Należy podkreślić, że skurcze dodatkowe w przebiegu nadciśnienia występują przeważnie u osobników z chwiejnym układem wegetatywnym, u których również czynnikiem wyzwalającym niemiarowość mogą być: błędy dietetyczne, często uczulenie na pewne pokarmy, zaburzenia ze strony wątroby oraz nadmierne używanie pewnych leków. Niekiedy skurcze dodatkowe wywołują zawroty głowy, na które chorzy głównie się skarżą. Leczenie pojedyńczych skurczów dodatkowych polega na stosowaniu środków uspokajających i rozkurczowych, niekiedy leków odczulających. Leczenie to na ogół daje dobre wyniki, jednak nawet zupełne ustąpienie skurczów dodatkowych wraz z poprawą poczucia chorych, nie jest równoznaczne z poprawą zasadniczej choroby, która niepostrzeżenie postępuje.

Salwy skurczów dodatkowych najczęściej wywołują dolegliwości w postaci gwałtownego zawrotu głowy, połączonego ze światłowstrętem, zmuszające chorego do zajęcia pozycji siedzącej, lub leżącej. Inni uskarżają się na bóle w zakresie klatki piersiowej, występujące zarówno po wysiłku jak i podczas snu. Leczenie w tych przypadkach polega na podawaniu leków uspokajających, natomiast przeciwwskazane są środki pobudzające czynność serca oraz naparstnica. Zabiegi na zwoju gwiaździstym są zazwyczaj bezskuteczne, gdyż nie usuwają nadciśnienia, które jest czynnikiem wywołującym zaburzenia czynności serca.

Zaburzenia rytmiki serca, wywołane przez skurcze dodatkowe pojedyńcze, lub w postaci salw, mogą utrzymywać się przez czas dłuższy, przebiegając ze zmiennym natężeniem, zależnie od przebiegu właściwej choroby, wpływu leczenia oraz czynników atmosferycznych. W pewnej chwili jednak niemiarowość ta nasila się i przechodzi nagle w postać niemiarowości zupełnej, już nieodwracalnej.

Niemiarowość spowodowana skurczami dodatkowymi nie wywiera żadnego wpływu, względnie tylko nieznaczny, na stan ciśnienia. Chorym takim zagrażają wszelkie następstwa nadciśnienia, jak zaburzenia naczyniowe, często z niebezpiecznymi wylewami krwi do mózgu, oraz zaburzenia ze strony serca, zwłaszcza niewydolność lewej komory, która prowadzi do ostrego obrzęku płuc.

Z chwilą pojawienia się niemiarowości zupełnej, stwierdza się znaczne obniżenie się ciśnienia tętniczego. Wyjątkowo tylko w przypadkach nadciśnienia z niemiarowością zupełną, spotyka się ciśnienie sięgające 250 — 280 mm. Hg. Zazwyczaj z chwilą pojawienia się niemiarowości zupełnej ciśnienie obniża się z 260/150 do 190/110, a nawet z 280/160 do 180/110 mm. Hg. Według autora wystąpienie niemiarowości zupełnej jest wyrazem obrony ustroju przed zagrażającymi powikłaniami, jak wylewy krwawe oraz ostra niewydolność serca. Z chwilą pojawienia się migotania przedsionków, samopoczucie chorych znacznie się poprawia, gdyż niemiarowość tą mniej odczuwają, niż skurcze dodatkowe, przede wszystkim zaś ustępują, względnie zmniejszają się napady bólów dusznicowych. Utrzymuje się jedynie duszność wysiłkowa oraz nieznaczne obrzęki nóg.

Leczenie chorych z nadciśnieniem w okresie niemiarowości jest znacznie prostsze i skuteczniejsze, niż w okresie miarowości. Stosuje się jedynie naparstnicę w małych dawkach, której wpływ jest bardzo korzystny, jak to autorzy stwierdzili w szeregu przypadków, leczonych w ten sposób przez długie lata.

Wpływ niemiarowości zupełnej na nadciśnienie jest według autorów tak niezaprzeczalnie korzyst-

ny, że w przypadkach miarowej czynności serca w przebiegu nadciśnienia, dążą celowo do wywołania niemiarowości zupełnej. (nie podają jednak metody za pomocą której wywołują powstanie niemiarowości zupełnej).

Niekiedy jednak i w okresie niemiarowości zupełnej mogą powstawać powikłania zarówno ze strony serca, jak i naczyń obwodowych. Niekiedy pojawiają się gwałtowne napady przyspieszenia czynności serca, przypominające częstoskurcz napadowy. Zarówno czynność serca jak i tętno, sięgające 160 — 180' jest pozornie miarowe. Rozstrzygające jest badanie elektrokardiograficzne, które stwierdza migotanie przedsionków jednocześnie z niezwykle przyspieszonym i pozornie miarowym rytmem komór. W przypadkach takich stosuje się naparstnicę, ouabainę dożylnie oraz niekiedy chinidynę. Częstoskurcz taki ustępuje po pewnym czasie, przechodząc znów w niemiarowość zupełną. Napady takie jednak mogą powtarzać się wielokrotnie, niekiedy towarzyszą im zawały płuc, wikłające się wysiękiem opłucnej, który znów wtórnie wpływa niekorzystnie na czynność serca. Rokowanie w tych przypadkach powikłanych zależy od stanu mięśnia sercowego, a nie od choroby zasadniczej — nadciśnienia.

Ze strony naczyń obwodowych mogą powstawać powikłania w postaci zakrzepów naczyń żylnych, zapalenia zarostowego tętnic oraz zatorów tętniczych. Zawały powstają najczęściej w mózgu, niekiedy tylko w wątrobie i nerkach, dając różne objawy kliniczne.

Zapalenie migdałków o przebiegu skrytym. (L'amygdalite cryptique ignorée). W. Bensis.

La Presse Médicale, Nr. 102, 1938.

Oprócz zapalenia migdałków, przebiegającego z wyraźnymi objawami klinicznymi, którego rozpoznanie nie przedstawia żadnych trudności, istnieje postać przebiegająca skrycie, często przez dłuższy czas nie rozpoznawana. Chorzy tacy bywają leczeni niewłaściwie i bezskutecznie tak długo, dopóki nie zostaną wykryte ogniska zakażenia umiejscowione w migdałkach. Ze względu na częstość tego cierpienia i groźne nieraz następstwa, autor omawia szereg postaci nietypowych, ujawniających się zaburzeniami w odległych narządach.

Prócz pospolitego zapalenia gardła ze skłonnością do częstych nawrotów (t. zw. angina), istnieją postaci następujące:

1. Postać gorączkowa (forme febriculaire), pseudogruczołowa, często mylnie rozpoznawana jako gruźlica gruczołów okołooskrzelowych lub wnękowych, z którą często może współistnieć.

2. Postać gośćcowa (forme rhumatismale ou rhumatoide) spotykana bardzo często. Chorzy odczuwają niestałe, nieokreślone bóle w stawach, połączone z gorączką i niekiedy z bólami międzyłopatkowymi. Chorzy tacy zazwyczaj są leczeni bezskutecznie przetworami salicylanu sodu, jodem oraz kuracjami uzdrowiskowymi. Należy jednak pamiętać, że często istotnemu gośćcowi stawowe-

mu towarzyszy zapalenie migdałków, które może być ogniskiem zakażenia, wywołującym zaostrzenia i nawroty sprawy gośćcowej. Również postać gośćcowa zapalenia migdałków może przeistoczyć się w gościec stawowy.

3. Postać trawienna (forme digestive) spotykana często, cechuje ją upośledzenie łaknienia, obłożenie języka, nudności, zaburzenia żołądkowo - jelitowe. Postać ta bywa rozpoznawana jako przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego lub sprawa pasożytnicza, która może być wyłączona na podstawie badania stolca na obecność jaj pasożytów.

4. Postać sercowa (forme cardiaque) — jedna z najcięższych i najmniej znanych, obejmująca zaburzenia czynności serca organiczne i czynnościowe. Należy tu odróżnić:

a) Zespół sercowy bez zmian organicznych, który jednak wskutek długiego trwania może doprowadzać do niewydolności krążenia.

b) Zapalenie wsierdzia typu gośćcowego lub zapalenie wsierdzia powolnie postępujące (endocarditis lenta).

c) Kołatanie napadowe z wtórnymi zmianami w mięśniu sercowym.

W przypadkach tych jedynym właściwym leczeniem jest usunięcie migdałków, które wykonane we wczesnych okresach choroby, może dać zupełne ustąpienie zaburzeń sercowych.

5. Postać nerkowa (forme rénale), często mylnie rozpoznawana jako przewlekłe zapalenie nerek. O postaci tej należy pamiętać zwłaszcza w przypadkach zapalenia nerek o nieznanej etiologii u osobników młodych. Chorzy tacy często cierpią na zapalenie migdałków, mimo, że nie odczuwają żadnych dolegliwości w obrębie jamy ustnej, a migdałki nie są ani powiększone, ani zaczerwienione. Przy dokładnym jednak badaniu udaje się z nich wydusić czopy ropne, często cuchnące, a nawet masy serowate. Usunięcie takich migdałków zatrzymuje dalszy rozwój zapalenia nerek, nie wpływa jednak na zmiany daleko posunięte.

6. Postać neurasteniczna (forme neurasthénique) występuje często u młodych kobiet, powodując uczucie zmęczenia, chudnięcie, brak łaknienia, bezsenność i znaczną pobudliwość nerwową. W przypadkach tych leczenie układu nerwowego nie daje poprawy i dopiero dokładne badanie migdałków, pozwala wykryć przyczynę cierpienia.

7. Postać zakaźno - toksyczna (forme septicemique) przebiegająca jako ciężkie zatrucie ogólne bądź wskutek miejscowego wchłaniania infekcji gardlanej, bądź wskutek zakażenia ogólnego, pochodzenia migdałkowego. Pierwsza postać poprawia się po zabiegu chirurgicznym, polegającym na usunięciu migdałków, druga do zabiegu nie nadaje się.

Flora bakteryjna w zapaleniu migdałków o przebiegu skrytym jest mieszana tak, że trudno jest niekiedy odróżnić poszczególne bakterie. Spotyka się zarówno tlenowce jak i beztlenowce, gronkowce, paciorkowce, dwoinki zapalenia płuc, krętki Vincenti, przy czym zjadliwość bakterii zależy od wzajemnego ich stosunku, zwłaszcza od obecności paciorkowca.

Zabieg chirurgiczny polegający na usunięciu migdałków, może być wykonany zarówno w przebiegu zapalenia o charakterze przewlekłym, jak i ostrym. Wskazania do zabiegu na zimno są ogólnie znane, natomiast zabieg w ostrym przebiegu choroby wykonuje się przy uporczywej gorączce pochodzenia migdałkowego. Jeżeli gorączkę wywołuje wchłanianie przez ustrój produktów rozpadu, umiejscowionych wyłącznie w migdałkach, usunięcie ich daje zupełne wyzdrowienie, natomiast w przypadkach zakażenia już uogólnionego, usunięcie ogniska zakażenia z migdałków daje tylko względną poprawę.

Prócz zupełnego usunięcia migdałków stosuje się również przypalanie ich, elektrokoagulację i miejscowe leczenie radiologiczne; są to jednak zabiegi trwające dłużej, a mniej skuteczne.

Irena Hromowa.

CHIRURGIA.

Zapobieganie i leczenie pooperacyjnego, zakrzepowego zapalenia żył. (La prévention et le traitement abortif des phlébites post — opératoires). André Cralier.

La Presse Médicale 73, 1938.

Zakrzepowe zapalenie żył jest jeszcze do chwili obecnej najczęstszym powikłaniem pooperacyjnym. Predysponowane są tu przede wszystkim kobiety otyłe, po 40-stce, z zaburzeniami w wydzielaniu wewnętrznym lub schorzeniami serca i nerek. Ciśnienie mają te pacjentki zazwyczaj niskie — często niższe od normy, krew — o wzmożonej krzepliwości.

Jako zapobiegawcze przygotowanie przedoperacyjne należy wg. autora zastosować postępowanie następujące:

1) o ile możności polecać chorym, aby dużo chodzili, nawet w przeddzień operacji (z wyjątkiem chorych gorączkujących);

2) zbadać dokładnie ciśnienie krwi i serce, i zastosować odpowiednie leczenie farmakologiczne (adrenalina, efedryna, digatalina);

3) odstawić wszelkie środki wzmagające krzepliwość krwi, a podawać hirudynę i cytrynian sodu w dużych dawkach;

4) wzmóc odporność ustroju na zakażenie, wstrzykując chorym 2 — 3 razy w odstępach trzydniowych propidon lub też podawać im codzień doustnie septazinę lub rubiazol.

W czasie zabiegu należy unikać podwiązywania naczyń en bloc. Rodzaj znieczulenia nie odgrywa roli. W postępowaniu pooperacyjnym należy przede wszystkim zwrócić uwagę na wczesne uruchamianie chorych. Według autora w 9 na 10 przypadków można choremu zalecić wstanie z łóżka już po 48 godzinach po operacji, niezależnie od jej rodzaju.(?) Należy przy tym w dalszym ciągu kontrolować ciśnienie krwi i jej własności krzepnące, by w razie jakichkolwiek zmian sprzyjających powstaniu zakrzepu, zastosować pijawki lub inne środki zmniejszające krzepliwość krwi.

Leczenie poronne w początkach zakrzepowego zapalenia żył, odbiega znacznie od klasycznej metody postępowania. Nawet w razie pojawienia się obrzęku i bólu kończyny, wzrostu ciepłoty i przyśpieszenia tętna, autor zaleca w dalszym ciągu chorym chodzenie, przy czym na czas chodzenia każe bandażować całą kończynę opaską

elastyczną, na czas spoczynku — obłożyć ją ciepłymi kompresami, zdjąwszy uprzednio opaskę. Łóżko chorego należy od strony stóp ułożyć wyżej. Chorym tym podaje autor środki nasercowe, zwiększające ciśnienie krwi oraz środki zmniejszające krzepliwość, więc co dzień lub co drugi na udo poniżej pachwiny 2 — 3 pijawki, 4 — 6 gr cytrynianu sodu dziennie.

Ten sposób postępowania stosuje autor już od 10 lat i doświadczenie całego tego okresu skłania go do zalecania go innym. Wykonał on 2000 operacji, spostrzegając jedynie 50 poronnych postaci zakrzepowego zapalenia żył, z tego 4 — 5 przypadków o dość ciężkim, lecz krótkim przebiegu, leczonych również w powyższy sposób. Gorączka, przyśpieszenei tętna i bóle trwały przeważnie 2 — 3 dni, a tylka w jednym przypadku — cały tydzień. Obrzęk kończyny utrzymywał się dłużej. Autor podkreśla, że tę metodę leczenia stosował jedynie jako leczenie zapobiegawcze i poronne, natomiast w zapaleniu żył w pełnym rozwoju, leczenia tego nie stosował.

Leczenie oparzeń promieniami pozaczerwonymi. (Traitement des brûlures par les rayons infrarouges). J. Gautier.

La Presse Médicale. Nr. 8, 1939.

Leczenie oparzeń, mimo niezaprzeczalnych wartości taniny, jako środka ściągającego, pozostaje jeszcze sprawą otwartą. Autor od 2 lat naświetla powierzchnie oparzone promieniami pozaczerwonymi w połączeniu z promieniami ultrafiołkowymi, które stosuje jako naświetlenie końcowe. Ten sposób leczenia usuwa szybko bóle samoistne, nie wymaga bolesnych opatrunków i przyśpiesza gojenie prędzej niż leczenie taniną. Również objawy ogólnego wstrząsu i zatrucia cofają się szybciej. Autor przytacza dokładny opis 4 przypadków leczonych w ten sposób, z których 2 dotyczyły dzieci dwuletnich, z rozległymi oparzeniami, jeden — zakończony śmiercią — dotyczył 58 letniej chorej, która zgłosiła się do szpitala w kilka dni po oparzeniu, z ranami zakażonymi, ropiejącymi. Obserwacje tego ostatniego przypadku wykazały, że stosowanie naświetleń należy ograniczyć do przypadków świeżych z ranami niezakażonymi. Naświetlać należy możliwie jak najszersze pole skóry. Już po 30 — 45 minutach bóle wyraźnie zmniejszają się. Naświetlanie trwa godzinę, następnie chory pozostaje bez opatrunku, w razie potrzeby ogrzewany budą elektryczną. Naświetlanie wykonuje się 2 razy w ciągu dnia. Trzeciego lub czwartego dnia powierzchnia oparzenia pokrywa się cienkim strupem. Na szósty do jedenastego dnia — następuje zabliźnienie, strup odpada; w przypadkach oparzenia III stopnia okres ten przedłuża się do dwudziestu dni. W żadnym przypadku, leczonym bezpośrednio po oparzeniu, nie było powikłań wywołanych zakażeniem drobnoustrojami, blizny ukształtowane były prawidłowo i nie upośledzały czynności kończyn.

Przypadek zwichnięcia szczęki dolnej, leczony operacyjnie. (La luxation irréductible de la mâchoire inférieure) Dufourmentel.

Bull. et. Mem. la Soc. Chir. de Paris, grudzień 1938.

Zwichnięcia szczęki dolnej są najczęściej nawykowe i dają sią nastawiać z łatwością metodą bezkrwawą. Autor opisuje przypadek, w którym nastawienia bezkrwawego nie udało się wykonać, musiano się uciec do zabiegu operacyjnego. Chora w wieku lat 30, od 10 lat miewała kilka razy rocznie zwichnięcia szczęki, nastawiane szybko i łatwo. Ostatniego obustronnego zwichnięcia, mimo zastosowania głębokiego uśpienia nie udało się nastawić — otwarto więc stawy żuchwowe operacyjnie. Okazało się, że wiązadła boczne stawów skręcone i napięte, były silnie wyciągnięte ku przodowi, a dopiero po ich przecięciu znaleziono zarówno wyrostek żuchwowy, jak i łąkotkę, oba zwichnięte ku przodowi. Łąkotkę usunięto, staw ustawiono prawidłowo, torebkę i ranę pooperacyjną zaszyto całkowicie. Przebieg pooperacyjny — bez powikłań.

Na marginesie tego przypadku, autor zastanawia się nad mechanizmem zwichnięcia i przyczyną niemożności nastawienia bezkrwawego.

Przy otwieraniu ust, łąkotka stawu wykonuje ruch przesuwania się, kłykieć żuchwowy — ruch obrotowy dokoła osi poprzecznej. Przy nie prawidłowej budowie łąkotki kłykieć żuchwowy prócz ruchu obrotowego przesuwa się — przeskakuje ku przodowi, opierając się o przedni brzeg łąkotki. Ten ruch wywołuje wówczas charakterystyczny trzask w stawie. Gdy panewka stawu żuchwowego jest zbyt płytka, kłykieć ruchowy nie znajduje dostatecznego oparcia o brzeg przedni i wyskakuje ze stawu ku przodowi — zwichnięcie jest dokonane. Zwichnięcie to powoduje przesunięcie się ku przodowi wyrostka skroniowego żuchwy; czasami następuje zaczepienie się wiązadeł bocznych o szyjkę tego wyrostka — zaczepienie uniemożliwiające nastawienie zwichnięcia. Stan znaleziony przy operacji potwierdza to przypuszczenie. Po przecięciu bowiem wiązadeł bocznych, nastawienie można było wykonać z łatwością, łąkotkę usunięto tylko dlatego, że wiązadła jej były zbyt wyciągnięte.

Leczenie zapobiegawcze należy stosować już w przypadkach, w których, przy szerokim otwieraniu szczęki słyszy się trzask w stawie żuchwowym, dowodzący skłonności do zwichnięć. Autor stosuje wstrzykiwania dostawowe roztworu nowokainy, zamiast używanego powszechnie alkoholu. Nawykowe przypadki zwichnięcia leczy operacyjnym usuwaniem łąkotki stawowej.

Leczenie oparzeń herbatą (Traitement des brûlures par le thé). H. Leclerc.

La Presse Médicale Nr 73, 1938.

W krótkim artykule autor przypomina dawny, domowy i niesłusznie zaniechany środek na oparzenie — herbatę. Mocny napar herbaty posiada silne własności ściągające i nadające się do leczenia wszystkich stopni oparzenia. Peiris w Kalkucie stosuje ją w następują sposób: naparza w ciągu 10 minut 6 łyżeczek od kawy w 6 filiżankach gorącej wody i otrzymanym ciepłym naparem zwilża kompres płócienny, pokrywając nim powierzchnię oparzoną. Opatrunek ten zatrzymuje w ciągu 12 — 14 dni bez zmiany, skrapiając go stale naparem herbaty. W razie wystąpienia objawów zatrucia: wzrostu ciepłoty, przyśpieszenia tętna itp., w uśpieniu zdejmuje opatrunek i oczyszcza ranę, po czym w ciągu 12 — 24 godzin zrasza ją bezpośrednio naparem herbaty, ogrzewając całą okolicę budą elektryczną.

W ten sposób Pełris wyleczył 12 chorych dotkniętych oparzeniem III stopnia. Prostota tego leczenia czyni go godnym polecenia, zwłaszcza w warunkach bardziej prymitywnych i skromnych lub w razie koniecznej pomocy doraźnej.

Zakrzep siny. (La phlébite bleue). G. Grégoire.

La Presse Médicale Nr 71, 1938.

Zakrzep siny, jest to zakrzep żyły powikłany zaburzeniami w ukrwieniu tętniczym kończyny, mogący w wyniku wywołać nawet jej zgorzel. Autor opisuje przypadek tego rodzaju zakrzepu u chorej po operacji usunięcia obustronnego ropniaków jajowodów. Na dolnej lewej kończynie wystąpiła znaczna sinica, zniknęło zupełnie tętno aż do wysokości 3 cm poniżej pachwiny. Odsłonięto naczynia udowe i okazało się, że światło żyły odpiszczelowej było zamknięte znacznym zakrzepem, tętnica zaś udowa była obkurczona do szerokości tętnicy promieniowej, nie zawierała jednak w swym przebiegu ani zatoru, ani zakrzepu. Wstrzyknięcie morfiny do jej światła, stanu nie poprawiło, również bezskutecznym okazało się wstrzyknięcie do warstwy zewnętrznej tej ściany tętnicy (adventitia) nowokainy i odnerwienie tętnicy. Po kilku dniach — na skutek postępującej zgorzeli — kończynę amputowano.

Zakrzep siny jest schorzeniem znacznie rzadszym od zakrzepu bladego i dotyczy zwykle kończyn dolnych. Początek choroby bywa zwykle nagły, gwałtowny, połączony z silnymi bólami kończyny. Kończyna staje się bezwładna, ciemnosina, zimna i nieczuła, obrzęku nie ma. Ciepłota ogólna nieco podwyższona, czynność serca znacznie przyśpieszona, stan ogólny cięższy niż przy zakrzepie bladym. Zgorzel kończyny występuje na ogół rzadko, gdyż objawy powyższe ustępują po kilku godzinach, zakrzep siny przechodzi w blady. Rozróżnienie zakrzepu sinego od zatoru tętnicy jest trudne. Najlepszym sposobem jest wstrzyknięcie acekoliny, która, przy skurczowym stanie tętnicy rozszerza jej światło i cofa objawy, przy zatorze tętnicy — działa znacznie słabiej.

Przyczyną powodującą skurcz tętniczy przy zakrzepie sąsiedniej żyły, jest prawdopodobnie podrażnienie ściany tętnicy — przez proces zapalny żyły. Leczenie tych przypadków ogranicza się do podawania środków rozszerzających naczynia, jak acekolina, znieczulania lędźwiowych splotów sympatycznych lub ich przecinania.

J. Czyżewska.

GINEKOLOGJA.

Ekłampsja w szpitalu położniczym w Algierze. (L'éclampsie à la Maternité d'Alger).

Biul. de la Soc. de Gynéc. et d'obstet. Nr. 8 octobre 1938.

Autorzy podają ilość przypadków eklampsji, notowaną w szpitalu położniczym w Algierze od roku 1926 — 1938.

Na ogólną ilość 5060 porodów między r. 1933 — 1938, mieli 40 przypadków eklampsji, co stanowi 0,79%; od r. 1926 — 1933 na 4.128 porodów mieli 60 przypadków eklampsji, co stanowi 1, 45%.

Eklampsją były dotknięte pierwiastki dwa razy częściej niż wieloródki. Młody wiek bez wątpienia sprzyja wystąpieniu eklampsji — 45 chorych miało poniżej 30 lat. Co do pory roku, to najwięcej przypadków eklampsji zanotowano w miesiącach zimowych i jesiennych.

Co do leczenia to zastosowano tylko w 2 przypadkach cesarskie cięcie z wynikiem dodatnim, w pozostałych przypadkach ukończono poród drogami dolnymi. Z leków stosowano injekcje z serum gluconatum, somnifen, środki czyszczące, upust krwi. Jeśli chodzi o śmiertelność, to na ogólną ilość 61 przypadków dokładnie opisanych, uzyskano 51 matek żyjących, 10 zmarło, dzieci uzyskano 37 żywych na 26 zmarłych.

Leczenie rozlanego zapalenia otrzewnej po poronieniu. (Le traitement de la péritonite diffuse post abortum). Folke Holtz.

Acta obster. et ginecol. scand. Vol. XVIII. F. 4.

Autor celem rozstrzygnięcia zagadnienia, jaki system operacyjny leczenia zapalenia otrzewnej po poronieniu jest lepszy: czy całkowite usunięcie narządu rodnego, czy też tylko laparotomia z założeniem drenu, zebrał duży materiał 166 przypadków, leczonych między rokiem 1920 — 1936 w klinice położniczej Instytutu Carolina i w klinice położniczo-ginekologicznej szpitala Sabbatsberg w Stockholmie.

We wszystkich 166 przypadkach, zapalenie otrzewnej było następstwem kryminalnego poronienia, 149 przypadków dotyczyło kobiet roniących w 3-cim miesiącu ciąży, 27 — od 4 do 7 miesiąca ciąży.

Autor, w zależności od wyników posiewów krwi, podzielił przypadki na dwie zasadnicze grupy 1) przypadki zapalenia otrzewnej z septicopyemią i 2) bez septicopyemi. Przypadków pierwszej grupy było 29% i wszystkie zakończyły się zejściem śmiertelnym bez interwencji chirurgicznej.

Na ogólną ilość 166 przypadków zapalenia otrzewnej po poronieniu, zoperowano 103, z czego w 100 przypadkach wykonano laparotomię z drenowaniem, a u 3 operację radykalną. Z ogólnej ilości operowanych tylko 20 wyzdrowiało, wszystkie po operacji radykalnej zmarły.

Biorąc pod uwagę powyższe wyniki, autor stawia następujące wytyczne postępowania operacyjnego przy zapaleniu otrzewnej po poronieniu.

Przede wszystkim jest zwolennikiem tylko laparotomii z drenowaniem, a zdecydowanym przeciwnikiem operacji radykalnej. Za nadające się do interwencji chirurgicznej uważa przypadki 1) z objawami rozlanego zapalenia otrzewnej, 2) z objawami, wskazującymi na rozszerzenie się zakażenia na jamę brzuszną. Operację uważa za bezskuteczną przy 1) septicopyemii i 2) przy ileus paraliticus.

Ginekologia w 1938 r. (La gynecologie en 1938). R. Palmer.
Metody badań.

Paris Médical. Nr. 51. Décembre. 1938.

Metody badań czynnościowych zajmują w 1938 roku najwięcej miejsca w literaturze. Mocquot i Moricard podkreślili ważność obecności glikogenu, ukazującego się 16 dnia cyklu w śluzówce macicy, jako wyraz czynności progesteronu. To występowanie glikogenu charakteryzuje, według autorów, okres pośredni między okresem follikulinowym a okresem follikulinoluteinowym. Cotte podał specjalny przyrząd do pobierania skrawków śluzówki macicy i pochwy. Varangot podkreślając ważność okresowych badań śluzówki macicy, polecił do pobierania materiału łyżeczkę Nomaka jako wygodną i bezpieczną. Palmer, Pulsford i Christeas polecają jako wszechstronną metodę badawczą hysterosalpingografię, zastąpili lipiodol zwykły, zbyt lepki, przez lipiodol 6 — 8 razy bardziej płynny, dzięki któremu wahania manometryczne, jako też określanie tonus macicy i ciśnienia przechodzenia płynu przez trąbki, staje się bardziej precyzyjne.

Rzeżączka kobieca.

Mocquot, Demanche, Palmer, Baneuse i Michon obserwowali 155 przypadków przewlekłych zapaleń mięśnia macicznego, przymacicz i przydatków w kierunku określenia ich etiologii. Dwoinki Neissera wykryli w wydzielinie szyjki zaledwie w 7 przypadkach, natomiast gonoreakcja dodatnia wypadła aż w 45%. VII-my Kongres ginekologów francuskch w 1938 roku, poświęcony zagadnieniom rzeżączki u kobiet, przyniósł cały szereg, ogłoszonych w literaturze prac o rozpoznawaniu rzeżączki, leczeniu jej fizykalnym, chemicznym i chirurgicznym. Wreszcie I Konferencja hemoterapii rzeżączki, która zebrała się w marcu 1938 r., przyniosła szereg referatów, dotyczących leczenia kobiet. Wszystkie te prace można znaleźć w piśmie „La prophylaxie antivénérienne".

Srom, pochwa, krocze.

Vayssière zwrócił uwagę, że w etiologii zapaleń śluzówki pochwy w ciąży duże znaczenie ma istnienie trichomonas lub grzybka. Grzybka leczył z dobrymi wynikami pędzlowaniem 1% A_gNO_3, trichomonas natomiast stowarsolem i wstrzykiwaniami 25% chlorku sodu. Kobak i Frankenthal zapalenie pochwy u dziewczynek leczyli z dobrymi wynikami czopkami pochwowymi lapisowymi. Dunand-Henry natomiast zapalenie pochwy rzeżączkowe u dziewczynek leczyła związkami sulfamidowymi.

Amerykanie Meller i Brown w pęknięciach krocza z zupełnym pęknięciem zwieracza odbytu, podają nową metodę operacyjną, polegającą na stworzeniu przedniej ściany rectum z trójkątnego kawałka śluzówki, wyciętego z tylnej ściany pochwy i zeszyciu zwieracza dwoma szwami katgutowymi chromowanymi.

Na 38 przypadków operowanych, otrzymali autorzy 87% zupełnego powrotu działalności zwieracza do normy. Campbell z Kanady zastanawia się nad rozszerzeniami miedniczkowo - moczowodnymi, będącymi następstwem całkowitego wypadnięcia macicy, poleca przy całkowitym wypadnięciu hysterectomię pochwową z przyszyciem wyciągniętych wiązadeł krzyżowo - macicznych poza pęcherzem do wiązadeł błonowo-pęcherzowych i bardzo wysoką plastykę tylną krocza. Szereg autorów poleca różne metody operacyjne przy całkowitym wypadnięciu macicy, a więc Leihovici i Yovanovitch hysteropexię wysoką, Epstein exohysteropexię, wreszcie Hanania przegrodę rozszerzoną pochwy.

Macica.

Fernet i Collart przypominają, że jest prawie niemożliwe pewne ustalenie pochodzenia specyficznego nadżerki na szyjce macicy bez badania ultramikroskopowego, Vaszal jest również gorącym zwolennikiem badania mikroskopowego, gdyż jest zdania, że w 20% objaw pierwotny u kobiet występuje na szyjce macicy. Daniel i Florian otrzymali pewne charakterystyczne zmiany w sercu i wątrobie zwierząt po wstrzykiwaniu im krwi kobiet z mięśniakami macicy, co tłumaczą obecnością we krwi tych kobiet pewnych specjalnych substancji toksycznych. Cotte i Magnin kontynuują swoją koncepcję postępowania chirurgicznego przy niepłodności i obecności mięśniaków, twierdzą bowiem na podstawie własnej statystyki, że ⅓ kobiet uprzednio nie płodnych, po usunięciu mięśniaka zachodzi w ciążę. Charrier i Gosset są zwolennikami hysterectomii przy mięśniakach macicy, wierząc bowiem w zakaźność kikuta szyjki, względnie trzonu macicy, twierdzą, że zabieg ten daje znacznie mniejszy % zatorów i komplikacji brzusznych. Waegeli podkreśla możność kolposkopii przy diagnostyce wczesnej raka szyjki macicy. Geisendorf nie obniżając znaczenia kolposkopii, twierdzi jednak, że wymaga ona dużego opanowania technicznego kolposkopu i że zawsze musi być uzupełniona badaniem mikroskopowym. Lejeune przedstawia dwa radiograficzne zdjęcia raka szyjki. Béclère twierdzi, że nie należy bardzo polegać w diagnostyce raka szyjki macicy na radiografii, a raczej na badaniu mikroskopowym wyskrobin z szyjki. Dacuing i Nègre krytykując metodę Heymana naświetlania radem raka trzonu macicy, są zwolennikami przede wszystkim leczenia operacyjnego z następowym naświetleniem radem, a samego naświetlania jedynie w przypadkach nieoperacyjnych.

Przydatki.

Schwarc i Schil podają ciekawy referat na temat torbieli jajnikowo - jajowodnych i ich patogenezy. Szereg autorów podkreśla różnice między ciałkiem żółtym ciążowym, a miesiączkowym, polegające na różnej wielkości, większych objawach bólowych i różnicy w chemicznym składzie lipoidów. Portes, Aschheim i Robcy w powyższym różnicowaniu podają cechy ciałek żółtych ciążowych, a więc obecność koloidów w postaci kulek różnej wielkości, barwiących się eozyną na czerwono i Van Giesonem na żółto. Glass i Rosenthal opierając się na fakcie, że na 77 przypadków guzów jajnika w 39 znalazł w nich zęby i kości, twierdzi, że w połowie rozpoznanie tarbieli skórzastych, mogło być postawione radiologicznie. Varangot podaje ciekawe zestawienie, ilustrujące kwestię guzów jajnika, sprowadzających masculinizację kobiety. Obecność takich guzów jajnika daje objawy uderzające utraty cech kobiecych zarówno fizycznych jak i psychicznych. Autor podaje 38 takich przypadków opisanych w literaturze. Histologicznie guzy te znane są pod nazwą archenoblastoma, o budowie komórkowej, przypominającej budowę komórek śródmiąższowych jądra. Usunięcie tych guzów prowadzi do powrotu cech kobiecych. Ten sam autor w związku z 3 obserwacjami własnymi, pisze o guzach jajników typu Brennera.

Makroskopowo guzy te występują pod dwiema postaciami, a więc guzów pojedyńczych o objętości różnej, bądź pod postacią guzowatości włóknistej w ścianie torbieli śluzowej. Mikroskopowo mają wygląd bardzo charakterystyczny — o podłożu biednym w komórki i zmienionym hyalinowo z wysepkami komórek nabłonkowych, zawierającymi liczne obrazy amitozy. Klinicznie guzy te są charakterystyczne dla okresu menopauzy, nie są spotykane u dziewczynek i nie wykazują cech złośliwości. Mathieu, opierając się na 119 obserwacjach, podaje prognozę w przypadkach guzów złośliwych jajnika. Autor klasyfikuje guzy jajników następująco: 1) torbiele zwykłe, 2) torbiele zdegenerowane, 3) torbiele rozwojowe, 4) guzy o konsystencji twardej. Prognozę autor podaje osobno dla każdej grupy. Co do ustalenia złośliwości grupy trzeciej, autor radzi być bardzo ostrożnym; jeśli chodzi o złośliwość guzów grupy czwartej, to według autora łatwo rozstrzyga tu badanie histologiczne i nigdy nie zawodzi.

Objawy czynnościowe.

Béclère, opierając się na 158 przypadkach, zastanawia się nad etiologią i patogenezą krwawień macicznych pochodzenia jajnikowego i twierdzi, że od pokwitania aż do 40-go roku życia są one w 60% zależne od infekcji jajnika. Varangot uważa za konieczne przypomnienie, że rozrost śluzówki macicy nie zawsze towarzyszy schorzeniom jajnika i że istnieje dostateczna ilość przypadków krwawień czynnościowych, bez prze-

rostu śluzówki macicy. Dlatego też Varangot nie przywiązuje wagi do obserwacji kamieni macicznych bez badań histopatologicznych kilkakrotnych i badań hormonalnych. Wiele prac w 1938 roku poświęcono etiologii i leczeniu bolesnego miesiączkowania. Schartz i Smith twierdzą, że w wielu przypadkach bolesne miesiączkowanie spowodowane jest allergią pochodzenia pokarmowego. Kotz i Parker zalecają przy bolesnym miesiączkowaniu wstrzykiwania 2 mgr. progesteronu, dwa dni przed miesiączką i ewentualną radioterapię przysadki. Stacy i Shocmaker na 262 przypadki bolesnego miesiączkowania, w 139 stosowali benzoat - benzylu z dobrymi wynikami w 51%, w 129 przypadkach stosowali leczenie hormonalne (progynon i emmemin), co im dało 60% dobrych wyników, 15 przypadków wyleczyli rezekcją nerwu przedkrzyżowego. Amerykanie: Lackner, Krohn i Soskin twierdzą, że bolesne miesiączkowanie przy niedorozwoju macicy, najlepiej leczyć podawaniem follikuliny, przy macicy zaś normalnie rozwiniętej można dobre rezultaty otrzymać stosowaniem progesteronu. Micielowska radzi, przed przeprowadzeniem jakiegokolwiek leczenia bolesnego miesiączkowania, ustalić jego czynnik etiologiczny i patogenetyczny. W etiologii bolesnego miesiączkowania pierwotnego stawia na pierwszym planie niedorozwój macicy, wtórnego natomiast, stany zapalne mięśniówki macicy, wreszcie guzy endometrioidalne. Waters pisze o coccygodynii, podając 53 spostrzeżenia.

Rozróżnia trzy typy tego schorzenia 1) odruchowy, najlepiej leczony psychoterapią, 2) traumatyczny, nie wymagający leczenia cieplnego lub operacyjnego, 3) neurologiczny, najczęstszy, leczony wstrzykiwaniami nowokainy lub alkoholu. Geist i Mintz zebrali 3000 przypadków objawów wypadowych, występujących na kilka miesięcy przed utratą miesiączki. Leczyli te przypadki follikuliną, a w razie nie otrzymania pożądanych wyników, naświetlaniem przysadki z wynikami dobrymi, lecz nie długotrwałymi.

Przechodząc do niepłodności, Schockart i Debrue przypisują wielką wagę w etiologi niepłodności nieprawidłowej, kwasocie wydzieliny pochwy i szyjki macicy. Palmer i Michon-Adjonbel systematycznie badali Ph wydzieliny szyjki u 80 kobiet, i zauważyli wahania Ph w zależności od dnia cyklu. Po 20-tym dniu cyklu Ph wynosiło 6, Ph wydzieliny szyjki pobranej wcześniej — 6,5. Laffaut i Bourgarel obserwowali w 54 przypadkach niepłodności, wpływ surowicy krwi kobiety na plenniki męża. W 34 przypadkach surowica wyraźnie zwiększała ruchliwość plenników, w pozostałych okazała się szkodliwą, bowiem paraliżowała ruchy plenników. Bonnet przypisując duże znaczenie w etiologii niepłodności drożności trąbek, wprowadza nowy, ulepszony aparat do ich przedmuchiwania, przy pomocy którego można określać wielkość zwężenia jajowodów. Minz przez nagrzewanie diatermią i przedmuchiwanie, otrzymał na 44 przypadki u 25 poprawę w drożności jajowodów, 9 pacjentek zaszło w ciążę. Kleitsman i Haldre w 105 przypadkach niedrożności jajowodów, zastosowali swój sposób zwany salpingeuryzą, polegający na wprowadzeniu lipiodolu do macicy i podnoszeniu ciśnienia do 220 mm rtęci podczas 2 godzin, pod kontrolą Rentgena. Stosując ten sposób, otrzymali 40% drożności trąbek. Grenhill z Chicago podaje wyniki ankiety przeprowadzonej u 107 ginekologów amerykańskich, a dotyczącej wyników interwencji chirurgicznej na trąbkach przy niepłodności. Na 818 przypadków otrzymano zaledwie 54 przypadki ciąży. Chalier w przypadku niepłodności poleca nowy typ operacji, zwany salpingotomia linearis totalis.

Hormonoterapia.

Cedrian zastosował w 100 przypadkach z bardzo dobrymi wynikami follikulinę, celem zahamowania wydzielania mleka i powiększania się sutków po porodzie lub poronieniu. Clauberg ustalił dawki progesteronu w różnych schorzeniach ginekologicznych, a więc: 1) 5 — 10 mgr dziennie dla zatrzymania krwawienia przy metropatii, 2) 10 mgr i następnie po 5 mgr dziennie przy zagrażającym poronieniu, 3) 5 mgr. dziennie dla uniknięcia poronienia po operacji na macicy ciężarnej. Saulnier podaje schorzenia, w których dobre wyniki daje stosowanie testosteronu a więc 1) przy objawach wypadowych okresu menopauzy, a tym bardziej objawach wypadowych po kastracji 2) przy schorzeniach dróg moczowych kobiet kastrowanych. Dawki testosteronu: 15 — 30 mgr na miesiąc.

Chirurgia.

Douay stara się w obszernym referacie postawić wskazania do interwencji chirurgicznej konserwatywnej w różnych schorzeniach ginekologicznych. Dla uniknięcia objawów wypadowych zaleca jak najdalej idące oszczędzanie jajników, albo nawet wszczepianie jajnika do wargi dużej w przypadkach niemożności zachowania go na miejscu. Na 106 obserwowanych przeszczepień jajnika, podaje 61% dobrych wyników z utrzymaniem czynności jajnika przez okres conajmniej 2 lat; 24,5% wyników średncih i 14% żadnych. Jeszcze lepsze wyniki daje, według autora, przeszczepienie jajnika z zachowaniem macicy (do 100% dobrych wyników). Bender precyzuje wskazanie do hysterectomii pochwowej, a więc są to według autora: przypadki ciężkich zakażeń połogowych, wielkie ropnie miednicy, wypadnięcie macicy, pewne przypadki raków trzonu i szyjki macicy. Briault i Sénéchal atakują zabieg hysterectomii pochwowej w przypadkach wypadnięcia macicy, gdyż zdaniem ich nie daje ona żadnych wyników.

Rola moczowodów w ginekologii jest przedmiotem wielu referatów, z których na uwagę zasługuje Coldefy, obszernie omawiająca schorzenia moczowodów jako następstwo chorób lub operacji ginekologicznych.

T. Zawodziński.

CHOROBY SKÓRY.

Dziecięca zgorzel skóry, występująca w rodzinie. (Gangrène cutanée infantile familiale). J. G. Uruena.

Bulletin de la Soc. Fr. de Dermat. et de Syphil. 1938, Nr. 5.

Dwa przypadki zgorzeli, występującej u rodzeństwa, dotyczą dziewczynki lat 11 i chłopca

lat 17. Dzieci pochodzą z matki alkoholiczki i są jedynymi pozostałymi przy życiu. Sześcioro ich rodzeństwa zmarło w pierwszych tygodniach życia, uduszone prawdopodobnie w łóżku przez upitą do nieprzytomności matkę.

Dziewczynka od 2-giego roku życia cierpiała na ustawiczne biegunki w ciągu 6-ciu lat. W 2-gim także roku życia odsiebne części kończyn brzękły i pojawiały się na nich rumienie zapalne. Te zmiany na skórze pojawiały się okresowo przez czas dłuższy i były fałszywie rozpoznane jako trąd.

Po 8-miu domięśniowych wstrzyknięciach antileprolu, stan kończyn znacznie się pogorszył: wystąpiły owrzodzenia, silne obrzmienie i sinica palców. Stopniowo doszło do całkowitego zniszczenia lewej ręki aż po okolicę garstki, ostatnich 4-ech palców prawej ręki aż po pierwsze kości paliczkowe, 2-go i 3-go palca prawej stopy i paznokci 4-ch palców lewej stopy.

U chłopca schorzenie wystąpiło w 8-ym miesiącu życia i doprowadziło do częściowego zniszczenia obu małżowin usznych i do blizn na pośladkach, policzkach, grzbietach rąk i stóp.

Znaczna ilość synonimów, określających to schorzenie (dermatitis gangrenosa, pemphigus gangrenosus, erythema gangrenosum...), wskazuje na możliwość jego wielorakiej etiologii. Zgorzel dziecięca zasadniczo różni się od zgorzeli osób dorosłych, zwłaszcza starców, przez brak zmian naczyniowych i występowanie nie wyłącznie na kończynach.

Jest ona pochodzenia mikrobowego zewnętrznego lub posocznicowego, a występuje u osobników wyniszczowych, kachektycznych.

W opisanych przypadkach na schorzenie to złożyło się kilka przyczyn: obciążenie dziedziczne (alkoholizm), wyniszczenie ogólne (biegunki), a do zaostrzenia procesu zgorzelinowego przyczyniło się także niewątpliwie leczenie przeciwtrądowe.

Przypadek jedynego ogniska poikilodermii, powikłanej kilakiem i zwyrodnieniem nowotworowym. (Un cas de poïkilodermie à plaque unique, compliquée de gomme syphilitique avec dégénérescence néoplasique). R. Abimelek.

Bulletin de la Soc. Fr. de Dermat. et de Syphil. 1938, Nr. 5.

Kobieta 52-letnia wykazująca od dawna niedomogę jajnikową (ponieważ periody miała zawsze skąpe, a około 30-go roku życia całkowicie ustąpiły), miała od 34-go roku ognisko poikilodermii w okolicy lędźwiowej, na obwodzie którego w kilka lat później rozwinęły się wykwity kiłowe typu guziczków trzeciorzędnych. W obrębie kilaków powstał nabłoniak (epithelioma spino - cellulare). Kiła w opisanym przypadku istniała dawno i przebiegała, aż do czasu pojawienia się kilaków, całkowicie bezobjawowo.

Zachodzi pytanie, czy w opisanym przypadku kiła jedynie tylko powikłała przebieg poikilodermii, czy też może odegrała pewną rolę w powstaniu zmiany zanikowej. Przypuszczenie pierwsze wydaje się bardziej prawdopodobne i jest nowym przyczynkiem do wyjaśnienia problemu: „kiła a uraz".

Co się tyczy powikłań w przebiegu poikilo-

dermii, najczęściej opisywane są przypadki powikłane ziarniniakiem grzybiastym (mycosis fungoides), o wiele rzadziej wymienia się nowotwory. Dość liczne są natomiast przypadki, w których kiła poprzedza powstanie nowotworu, przy czym nowotwór powstaje u kiłowych zarówno w miejscu istniejących uprzednio zmian kiłowych, lub bez związku z jakimikolwiek zmianami kiłowymi.

Przebicie przegrody nosowej u robotnika, pracującego przy chromie. (Perforation de la cloison nasale chez un ouvrier travaillant dans le chrome). J. Roederer.

Bulletin de la Soc. Fr. de Dermat. et de Syphil. 1938, Nr. 5.

Po stwierdzeniu otworu w przegrodzie nosowej u osobnika 31-letniego, podejrzenia lekarza zmuszają go do szukania objawów zakażenia kiłą. W przypadku opisanym oprócz zmiany w przegrodzie nosowej, żadnych innych objawów, które by mogły wskazywać na kiłę, nie stwierdzono. Etiologia cierpienia stała się odrazu jasna, gdy badany robotnik wymienił rodzaj swojej pracy.

Przebicie przegrody nosowej od dawna zajmuje lekarzy, zastanawiających się nad zagadnieniem higieny pracy. Prawie wszyscy robotnicy pracujący przy dwuchromianie potasu, ulegają temu schorzeniu, nie odczuwając zresztą żadnych podmiotowych dolegliwości. Legge stwierdził wśród 200-tu robotników (Dangerous Trades), pracujących przy dwuchromianie 107, przypadków owrzodzeń przegrody nosowej, 84 przypadki przebicia przegrody.

Powstanie otworu w przegrodzie nosowej bywa poprzedzone przez owrzodzenie, a czasem przez żółtą plamę na śluzówce i nieznaczne krwawienie. Schorzenie postępuje szybko i nawet w 8 dni może doprowadzić do przebicia. Tylko dwuchromiany są przyczyną tych zmian; sole obojętne i chrom, jako taki, są nieszkodliwe.

Otwór znajduje się w dolnej trzeciej części przegrody, gdyż w tym miejscu osiadają wdychane sole. Dokładne przewietrzanie sal pracy nie zapobiega temu schorzeniu.

Pierwsze wyniki leczenia rzeżączki nowymi połączeniami chemicznymi. (Premiers résultats obtenus dans le traitement de la blennorragie par les nouveaux corps chimiques). Z. - m. Pautrier, P. Zaugier.

Bulletin de la Soc. Fr. de Dermat. et de Syphil. 1938, Nr. 5.

Pierwsze doświadczenia autorów obejmują Soluseptazinę (40 R. P.), 1162 (p. amino phényl sulfamide) i 1399 F (di-sulfone). W ciągu pierwszego tygodnia podawano dziennie po 3 gr. leku, w ciągu 2-go tygodnia po 2 gr. dziennie; po kilkudniowej przerwie, jeżeli nie nastąpiło wyleczenie, podawano go dalej przez 8 — 10 dni po 1 — 2 gr. Jedynie Soluseptazinę, jako najmniej trującą, podawano po 5 — 8 gr. dziennie. Mężczyznom podawano lek bądź łącznie z leczeniem miejscowym, bądź też bez jakichkolwiek zabiegów; u kobiet przeważnie łączono podawanie leku z przestrzykiwaniami roztworem ¼‰ nadmanganianu potasu.

Spostrzeżenia dotyczą 25 przypadków rzeżączki u mężczyzn i 25 przypadków rzeżączki u kobiet.

U mężczyzn wyleczono 10 przypadków rzeżączki. Wyleczenie nastąpiło po równoczesnym zastosowaniu zabiegów miejscowych, przy czym wyraźnie zauważano gorsze wyniki przy miejscowym stosowaniu azotanu srebra. Spostrzeżenie to skłania autora do wyrażenia przypuszczenia, czy nie istnieje pewien antagonizm pomiędzy solami srebra a związkami sulfamidowymi.

Większość autorów uważa za konieczne łączenie we wszystkich przypadkach rzeżączki, leczenia miejscowego z chemicznym. Doświadczenia P. i L. mało różnią się od większości innych: ich zdaniem jedynie w świeżych, nie przekraczających 24 godzin, przypadkach zakażenia przedniej cewki, można spodziewać się wyleczenia po wyłącznym stosowaniu leków doustnie. We wszystkich pozostałych przypadkach leczenie chemiczne znacznie skraca czas leczenia.

U kobiet w 16 przypadkach udało się uzyskać wyleczenie przy pomocy 1399 F w bardzo krótkim czasie, gdyż gonokoki znikały w 6 — 8 dni; inne środki chemiczne były bezskuteczne. W dwóch przypadkach rzeżączkowego zajęcia stawów u kobiet, uzyskano przy pomocy Soluseptaziny dobre wyniki; w pozostałych przypadkach u kobiet leczenie chemiczne zawiodło.

Powikłania: Soluseptazinę znoszą chorzy bardzo dobrze i żadnych powikłań podczas leczenia tym środkiem nie spostrzegano. 1162 F podawano w 5-ciu przypadkach i jako jedyne powikłanie zauważono bóle głowy. Podczas podawania 1399 F zauważono w połowie przypadków sinicę warg, niekiedy nieznaczną niedokrwistość, w jednym tylko przypadku dochodzącą do 2.800.000 ciałek czerwonych i połączoną ze stanem podżółtaczkowym. Badanie spermy wykazało tylko przejściowy wpływ hamujący na spermatogenezę.

Mnogie bliznowce w następstwie szczepienia. (Chéloïdes multiples consécutives à des vaccinations). M. Moniatte.

Bulletin de la Soc. Fr. de Dermat. et de Syphil. 1938, Nr. 5.

Od czasu zjazdu dermatologicznego w Strasburgu, na którym Pautrier wygłosił swą pracę o bliznowcach, świat dermatologiczny interesuje się zagadnieniem tego schorzenia.

Przypadek opisany dotyczy elektromechanika, u którego, w miejscu każdorazowego szczepienia ospy i duru, a więc na ramionach i na brzuchu powstały duże bliznowce. Częste oparzenia i urazy rąk, na które chory był narażony w związku ze swoim zawodem, nie wywoływały bliznowców. Przypadek opisany potwierdza przypuszczenie prof. Naegeli'ego, który za najbardziej usposobionych do bliznowców uważa szczepionych (ospą), opierając swoje zapatrywania na dużej liczbie przypadków.

Kiła czwarto-rzędna. (Syphilis quaternaire). Z. M. Pautrier.

Bulletin de la Soc. Fr. de Dermat. et de Syphil. 1938, Nr. 5.

Pod nazwą rumienia trzeciorzędnego, opisał Fournier zmiany, które potem L. Brocq nazwał kiłą czwartorzędną. Są to zmiany późne, występujące najwcześniej w 6-tym roku zakażenia, najczęściej jednak około 14-go roku po

zakażeniu, a niekiedy nawet w 25 lat. Wykwity te są płaskimi plamami żywo czerwonymi lub bladymi. Z czasem wykwity te mogą przybrać odcień żółtawy i nieznacznie łuszczyć się. Kształt ich bywa obrączkowy lub łukowaty, wielkość dochodzi do kilku centymetrów. W liczbie 2 — 6 grupują się te wykwity na tułowiu i kończynach, często umiarowo, nie wykazując żadnego nacieczenia. Badanie drobnowidowe tych wykwitów nie wykazuje utkania typowego dla kiły. Wykwity te utrzymują się bardzo długo, poddają się jednak leczeniu swoistemu, ich szczególna postać zależna jest od zmiany stanu alergicznego, jaka zachodzi w przypadkach późnej kiły.

W sprawie leczenia rzeżączki związkami sulfanilamidowymi. (A propos du traitement de la blennorragie par la sulfanilamide). J. Nicolas, J. Rousset.

Bulletin de la Soc. Fr. de Dermat. et de Syphil. 1938, Nr. 5.

W 46-ciu przypadkach rzeżączki stosowano Septoplix, w 2-ch — Lysococcinę. Podawano po 6 pastylek w ciągu 12-tu dni, wyjątkowo po 8 pastylek na dzień. Wśród chorych leczonych było 42 mężczyzn i 6 kobiet. Spośród kobiet jedna tylko nie została wyleczona — otrzymywała ona Lysococcin'ę. Był to jedyny przypadek powikłany ostrym zapaleniem gruczołu Bartholiniego. Pozostałych pięć wyleczono przy pomocy Septoplixu, czopków docewkowych, zawierających 10% protargolu, i irrygacji 1°/₀₀ roztworem nadmanganianu potasu stosowanych w ciągu tygodnia. Kontrola tych chorych trwała 3 miesiące. Na 42 leczonych mężczyzn nie zostało wyleczonych 8. Były to przypadki świeżego zakażenia, nie trwającego 2-ch tygodni. Wyleczenie nastąpiło w pozostałych 34-ch przypadkach, z tych 11 leczono wyłącznie doustnie.

Z ważniejszych powikłań spostrzeżonych podczas leczenia, wymienić należy jeden przypadek sinicy twarzy i nieznacznej żółtaczki; inne objawy, jak uczucie znużenia, utrata apetytu, bóle głowy, nie były niepokojące.

Stosowane środki chemiczne są, zdaniem autora, bardzo wartościowe, gdyż znacznie skracają czas leczenia rzeżączki, czyniąc go łatwym i dyskretnym.

Jastrzębska.

CHOROBY OCZU.

Niedocenianie roli kiły w przypadku zaćmy starczej. (La syphilis ignorée dans la cataracte senile). Elena Puscariu.

Annales d'oculistique, septembre 1938.

W 1927 roku na łamach „Archives d'ophtalmologie" autorka wykazała częstość występowania utajonej kiły u obarczonych zaćmą starczą pod postacią późnych pooperacyjnych powikłań ze strony tęczówki.

Statystyka podana przez autorkę wynosiła 809 operowanych przypadków zaćmy starczej.

Powyższa praca była w piśmiennictwie jedną z pierwszych na omawiany temat. Na ogół etiologia pooperacyjnych zapaleń tęczówki, tak dokuczliwych dla pacjentów i nieprzyjemnych dla operatorów, pozostawała wówczas ciemną, a strona praktyczna zagadnienia — leczenie i zapobieganie — ograniczała się do chodzenia po omacku.

Obserwacje na powyższy temat prowadziła autorka do stycznia 1936 roku; wynikiem ich była praca oparta na 1357 przypadkach operacji usunięcia zaćmy. Na powyższą ilość operacji zapalenie tęczówki wystąpiło 43 razy (3.16%), przebieg choroby był najczęściej lekki lub średniociężki, a ostateczny rezultat w odniesieniu do ostrości wzroku dość dobry. Jedynie w 2 przypadkach zapalenie miało przebieg cięższy: w jednym rozwinęło się podciśnienie, w drugim trzeba było wykonać iridokapsulotomię.

Pacjenci, którzy przeszli zapalenie tęczówki po operacji jednego oka, następnie poddani długotrwałemu leczeniu przeciwkiłowemu przed operacją na oku drugim, znosili zabieg zupełnie dobrze.

Z drugiej strony, poważna ilość przypadków (80%) z odczynem serologicznym dodatnim, przebiegała bez powikłań.

Autorka operowała dwóch pacjentów z wykwitami kiłowymi skórnymi i na śluzówkach, z wynikiem dodatnim. W obu przypadkach odczyn serologiczny był ujemny.

Reasumując, autorka stwierdza:

Kiłę ukrytą, stwierdzoną przy pomocy odczynu Bordet-Wassermanna, spotyka się w 14,1% przypadków zaćmy starczej.

Późne pooperacyjne zapalenia tęczówki zdarzają się w 19% przypadków dodatniego odczynu Bordet-Wassermanna, stanowią one 40% ogólnej ilości pooperacyjnych zapaleń tęczówki.

U pacjentów z odczynem serologicznym ujemnym, późne zapalenie tęczówki spotyka się rzadko (20 razy na 539 przypadków — 3.74%).

Przytoczone przez Puscariu krótkie streszczenia prac szeregu autorów (Blaauw, Mills, Mamoli, Federici, Cattaneo, Terrien, Adamantiadis), potwierdzają wybitną rolę kiły w powstawaniu pooperacyjnych powikłań.

Zdarza się, że operacja usunięcia zaćmy może odegrać rolę wybitnie sprzyjającą takiemu powikłaniu, jak zapalenie miąższowe rogówki, zapalenie tęczówki i ciałka rzęskowego.

Autorka oddzielnie opisuje przypadek obserwowany przez Guttmana: po podspojówkowym zastrzyku NaCl uformował się wielki kilak twardówkowy, który ustąpił pod wpływem leczenia przeciwkiłowego; w powyższym przypadku odczyn serologiczny był ujemny.

We wszystkich wyżej opisanych przypadkach, pooperacyjne powikłania wykryły kiłę, niekiedy potwierdzoną następnie przez odczyn serologiczny.

Częste występowanie kiły utajonej potwierdził Giersten (1935) w Bergen: znalazł on odczyn dodatni u mężczyzn w 10.44%, u kobiet w 3.40% przypadków.

W połowie spostrzeganych przypadków nie stwierdzono żadnych objawów kiły, w pozostałych znaleziono aortitis i kiłę nerwową.

Niektórzy autorzy podjęli poszukiwania laboratoryjne w celu zbadania wpływu urazu na rozwój objawów kiłowych u zwierząt zakażonych krętkiem bladym.

Wyniki doświadczeń Van Duyse i Cannuyt (rogówki, tęczówki) były ujemne, natomiast Ono i Ishida (1935) wykazali, że u królika miejsce urazu było siedliskiem objawów kiłowych.

Powyższe doświadczenia są, zdaniem autorki, w zupełności zgodne ze spotykanym tak często zjawiskiem wybuchu miąższowego zapalenia rogówki pod wpływem urazu.

Topolski.

CHOROBY USZU, GARDŁA, NOSA.

150 przypadków wyłuszczenia migdałków według Sludera - Ballengera i pewna odmiana w technice operacji. (150 cas d'amygdalectomie totale par le procédé de Sluder-Ballenger et une certaine modification à sa technique). S. Duydal.

Les annales d'oto-laryngologie 1938, Nr. 3.

Zmiana wprowadzona przez autora do techniki operacyjnej polega na tym, że autor w czwartej fazie (wtłoczenie instrumentu w pierścień), używa nie palca wskazującego, jak to jest powszechnie przyjęte, lecz kciuka. W ten sposób, jak twierdzi autor, „ręka zyskuje pewne oparcie na kącie żuchwy za pośrednictwem czterech pozostałych palców". Na 150 przypadków operowanych autor spostrzegł tylko raz lekkie podniesienie ciepłoty i dwa razy ograniczone krwawienie po zabiegu. Warto zanotować następujące uwagi: 1) Pacjenci są z reguły przyjmowani do stanu chorych i to na 5 — 8 dni. 2) Wskazanie operacyjne opiera się na obecności bodaj kilku z następujących danych klinicznych: czopy ropne przy masażu migdałka, częste zakażenie migdałkowe, różnego rodzaju infekcje mogące mieć swe źródło w ognisku migdałkowym, dodatnia hodowla łańcuszkowca, zwłaszcza hemolitycznego, dodatni odczyn (test) migdałkowy. Znieczulenie stosowano tylko miejscowe z kilkoma zaledwie wyjątkami, a mianowicie u młodszych osobników wyłącznie naśluzówkowe kokainą, u nieco doroślejszych poza tym podśluzowe nowokainą (1%). Adrenalinę autor usunął zupełnie jako zbyteczną i równocześnie niebezpieczną.

Zapalenia przewłoczne zatoki szczękowej. (Les sinusites maxillaires chroniques). C. Laroubé.

j. w.

Autor występuje przeciw często spotykanemu w piśmiennictwie utożsamianiu pojęcia przewłoczności z charakterem ropnym. Niesposób zatrzymywać się nad licznymi uwagami dotyczącymi objawów rozpoznania różniczkowego i poglądów na klasyfikację, jak nie mniej nad pouczającymi szczegółowymi opisami przebiegu chorób w liczbie ośmiu. Wspomnimy tylko o stosowaniu metody wypierania (déplacement) według Proetza dla odróżnienia form klinicznych nadających się do leczenia chirurgicznego zachowawczego (tj. bez usuwania śluzówki zatoki), od form wymagających postępowania doszczętnego. Nieco bliżej zatrzymamy się tylko nad ustępem o leczeniu. W leczeniu tym dąży autor do uproszczenia twierdząc, że nie ma celu używać raz tej raz tamtej metody w takich razach, gdy jedna metoda daje zadowalające wyniki.

Odnośnie do leczenie zachowawczego zasługuje na uwagę negatywne ustosunkowanie się autora do tak rozpowszechnionej metody leczenia zapalenia ropnego zatoki szczękowej, drogą serii częstych, względnie codziennych punkcji.

Przy tym autor prowadzi swą kontrargumentację nie tyle drogą statystyki ujemnych wyników klinicznych, ile drogą wywodu teoretycznego. Powrót do stanu prawidłowego uwarunkowany jest integralnością śluzówki, względnie jej aparatu migawkowego, skierowanego ku naturalnemu ujściu zatoki. Integralność śluzówki zostaje tym silniej nadwyrężona, im częściej następuje uraz punkcji. Z drugiej strony jesteśmy tym dalej od wyleczenia, im dłużej trwa retencja: oto bieg myśli autora. Interesujące uwagi autora dotyczące techniki zabiegu doszczętnego, można tu pominąć, jako ciekawe przede wszystkim dla specjalisty, natomiast należy poświęcić parę słów uwagom dotyczącym dietetyki przy schorzeniach ropnych zatoki szczękowej. W celu odwodnienia tkanek należy podawać mniejsze ilości soli kuchennej w myśl zasad Gersona i Sauerbrucha. Zamiast 15 do 20 gramów należy podawać 1½ grama NaCl dziennie. Należy zacząć od diety bezsolnej, owocowo-jarzynowej wedle tablic Ullmanna. Pod koniec tygodnia będzie się stopniowo dodawać mleka, masła, cukru, tapioki, orzechów, tłuszczów roślinnych, ograniczając jednak sól najwyżej do 3 gramów dziennie.

Przy tym stale przeprowadzane badania chemiczne moczu pozwolą normować dietę w sensie kwasowo - zasadowym tak, by mocz dobowy był obojętny. Po trzech tygodniach przechodzi się stopniowo do pokarmów mącznych (céréales), mięsa, ryb, jaj, herbaty, kawy.

Po sześciu tygodniach przechodzi się do diety normalnej uważając, by nie wywołać przekwaszenia ustroju, do czego wykazują zazwyczaj skłonność chorzy, o których tu mowa. Podczas następnych 3 miesięcy raz w miesiącu stosuje się w ciągu tygodnia dietę owocowo - jarzynową bezsolną. Autor kończy następującemi słowami: dieta jest, naszym zdaniem, ważnym czynnikiem w leczeniu pooperacyjnym przewłocznych zapaleń zatoki szczękowej. Sądzimy, że jest ona dla osiągnięcia końcowego wyniku równie ważna, jak sama operacja.

Praca kończy się ustępem ,poświęconym leczeniu schorzeń zatoki szczękowej u dzieci.

Ostre nie ropne zapalenie mózgu pochodzenia usznego. (L'encéphalite aigue non suppurée d'origine auriculaire). J. Piquet i J. Minne.

j. w. Nr. 4.

Autorzy dochodzą do następujących wniosków: Jednostkę kliniczną określoną mianem „rozlanego nie ropnego zapalenia mózgu" lub „krwotocz-

nego zapalenia mózgu" słuszniej możnaby nazwać „ostrym — niekiedy krwotocznym — obrzękiem mózgu z martwicą"; (oedème cérébral aigu avec nécrose et parfois hémorragie). Pod względem anatomicznym można wyróżnić następujące odmiany tej choroby: 1) Martwicę rozlaną wielkiej części półkuli mózgowej, skojarzoną z mniej lub więcej zaznaczonym obrzękiem. Zmiany te prowadzą niechybnie do śmierci. 2) Martwicę ograniczoną do części masy mózgowej, skojarzoną często z wybroczynami (infiltration hémorragique). Ta forma jest mniej częsta i znacznie mniej groźna. 3) Zakażenie wtórne ogniska martwiczego z wytworzeniem drobnych ropni (abscès miliaires). 4) Obrzęk mózgu bez wyraźnej martwicy. Jest to forma łagodna. Klinicznie forma ta wywołuje takie same objawy, jak ropień mózgu. Gorączka występuje jednak często, objawy ogniskowe — zwłaszcza ośrodkowe porażenie nerwu twarzowego — można tu stwierdzić może częściej niż przy ropniu mózgu.

Patogeneza jest mało znana. Ze sprawą zapalną nie mamy tu do czynienia. W pewnych przypadkach jest to może martwica z niedokrwienia. Częściej będą to może objawy naczynio-ruchowe na odległość wywołane małym zatorem lub zakrzepem tętniczym lub żylnym, działającym jako czynnik drażniący na ścianę naczyniową.

Leczenie polega zrazu na zabiegu skierowanym na pierwotne ognisko kostne. Nacinania opon twardych nie można zalecić. W razie grożącej hypertensji należy wykonać dekompresję drogą trepanacji.

Utrudnienie połykania spowodowane nieprawidłowością wyrostka rylcowego kości skroniowej. (La gène dans la déglutition causée par l'anomalie de l'apophyse styloide de l'os temporal). Z. Abramowicz.

j. w. Nr. 5.

Zdarzają się chorzy uchodzący za neuropatów z powodu uporczywych narzekań na dysfagię przy zupełnie ujemnym wyniku badania gardła. Obmacywanie okolicy migdałka podniebiennego i rentgenoskopia wykazuje jako przyczynę kostny opór, względnie skostnienie więzadła rylcowego - grzywkowego. Pierwszy anatomiczny opis tej nieprawidłowości podał już w r. 1625 Marchettis. Klinicyści zwrócili na nią uwagę w początkach bieżącego wieku. W polskim piśmiennictwie istnieją opisy Robinsona, Tencera i Krupińskiego. Autor opisał analogiczny przypadek w r. 1932 i podał w omawianej tu pracy historię choroby wraz z kliszami rentgenologicznymi. Nieprawidłowość ta zdarza się niekiedy bez objawów, a w każdym razie zazwyczaj powstaje w późniejszym okresie życia na skutek stopniowego kostnienia więzadła grzywkowego, dlatego opisy są stosunkowo nieliczne. Autor proponuje przypadki te, o ile powodują dolegliwości, określać jako „dysfagia styloidogenes". Ilekroć przy skargach na trudności przy łykaniu (niekiedy tylko jednostronne, podobnie jak i odnośna nieprawidłowość) nie można znaleźć drogą zwykłych badań wystarczającej przyczyny, należy przed przyjęciem przyczyny „nerwowej" wykluczyć rzeczową nieprawidłowość drogą (oburęcznej) palpacji, która w przypadku dodatnim wykaże kostnotwardy opór w okolicy odpowiadającej loży migdałkowej.

Już samym rozpoznaniem oddamy znaczną przysługę choremu, odczuwającemu niekiedy wielki niepokój, obawę gruźlicy, raka itp., a kwalifikowanemu jako neuropatę. Leczenie przyczynowe w wypadkach cięższych polega na operacyjnym usunięciu skostnienia, co można uczynić bez obawy zranienia, znacznie głębiej leżących, dużych naczyń.

Dwa objawy zespołu móżdżkowego ważne dla rozpoznania ropnia móżdżkowego: zaburzenia mowy i porażenia oczne (gałkowe). (Deux signes importants du syndrome cérébelleux pour le diagnostic de l'abscès cérébelleux: les troubles du langage et les paralysies oculaires). H. de Stella.

j.w. Nr. 6.

Do powszechnie znanych objawów zespołu móżdżkowego — jak chód ataktyczny móżdżkowy, dyssymetria, hypermetria, adiadochokineza, oczopląs samoistny o dużej częstotliwości i skierowany głównie ku stronie chorej, a w przypadkach pochodzenia błędnikowego objaw Neumanna, tj. oczopląs skierowany zrazu ku stronie zdrowej, a potem nagle zmieniający kierunek na wręcz przeciwny (t.j. ku stronie chorej), należy wedle autora dodawać dwa dalsze objawy, nie konieczne, lecz dość częste. Pierwszy — to objaw skojarzonego porażenia ruchomości gałek ocznych w kierunku strony chorej. Zarówno doświadczenia na małpach, wykonane przez autora, jak anatomia (Hollaender) i klinika (van Gehuchten) wykazują istnienie dróg nerwowych prowadzących od móżdżka do jądra Juse'a (oculomotorius), skąd prowadzą prawdopodobnie drogi skrzyżowane przez tylny pęczek podłużny do jądra okoruchowego strony przeciwnej. Dane te służą do wyjaśnienia patogenezy powyższego objawu. Drugim objawem są zaburzenia mowy, która staje się powolna i przybiera typ mowy dziecięcej. Autor spostrzegał przypadek ropnia móżdżkowego z objawem Neumanna i obu opisanymi tu objawami. Wedle Stenversa zaburzenia mowy dotyczą tylko zmian w lewej półkuli móżdżku u praworęcznych, a w prawej u mańkutów. Zgadza się to z przypadkiem spostrzeganym przez autora. Są i inne poglądy. W każdym razie opisana dysartria może przyczynić się również do rozpoznania ropnia móżdżkowego.

O związkach zachodzących między chorobą Mikulicza a różnymi formami podostrego i przewlocznego zapalenia przyusznicy. (Les rapports de la maladie de Mikulicz avec les diverses formes de parotitide subaigue ou chronique). H. Proby.

Annales d'otolaryngologie 1938, Nr. 6.

Etiologia zapalenia ślinianek jest na ogół ciemna. Próby wyjaśnień można podzielić na dwie grupy: ogólne i miejscowe. Jeśli abstrahować od poszczególnych wypadków, to w stosunku do grupy pierwszej — tłumaczenie cier-

pienia kiłą, gruźlicą są mało zadawalające; to samo odnosi się do czynników endokrynologicznych, które stosowano do przerostów ślinianek głównie przyusznych. Miałby to być przerost wyrównawczy w wypadkach niedomogi tarczycy, nadnerczy, jajników lub wielogruczołowej. Tym bardziej trudno mówić o wyrównaniu, skoro nie wiemy nic bliższego o czynności dokrewnej ślinianek. Te same uwagi dotyczą roli układu nerwowego, współczulnego. Nikt, jak dotąd, nie spostrzegał zmian w zwojach nerwowych gruczołów łzowych (jeśli chodzi o chorobę Mikulicza) i w zwojach ślinianek. Co sprzyja wyjaśnieniom ogólnej natury — to obustronność schorzenia ślinianek. Ale i ten pozorny argument nie wytrzymuje krytyki, bo obok grupy schorzeń obustronnych mamy i jednostronne. Autor tedy jest przeciwnikiem tłumaczeń ogólnych i opierając się na przypadkach własnych, jako też innych autorów — szczególnie na 3 przypdkach Weylanda — skłania się do tłumaczeń miejscowej natury. Tych tłumaczeń daje autor kilka, przy czym przeważnie pewną rolę odgrywa następcze zahamowanie czynności wydzielniczej ślinianki. Autor kładzie mianowicie nacisk na zapobiegawcze działanie przeciwzakaźne nieustającego prądu śliny (względnie łez). Otóż ilekroć organizm dotknięty jest schorzeniem połączonym z wycieńczeniem i upadkiem czynności ślinianek, zachodzi większa łatwość wtargnięcia czynników zakaźnych po przez drogi wydalające do wnętrza gruczołów. Tak tłumaczyłaby się np. większa częstość schorzeń ślinianek (5%) w oddalonych miejscowo cierpieniach żołądka, połączonych z zakazem pobierania pokarmów (diete absolue). Bardzo dużą rolę przypisuje autor schorzeniom zębów i migdałków, co prowadzi do ważnych wniosków, dotyczących wczesnego zapobiegawczego usuwania tych schorzeń na drodze zachowawczej lub chirurgicznej. Odczyn ślinianek jest niezależnie od rodzaju pobudki dość jednorodny. Przeważnie przychodzi do odczynu zapalnego, po którym przemiana łączno-tkankowa z rodzajem marskości. W pewnych razach znajdujemy tylko bujanie komórek i zmiany zatrzymują się w tym stadium („zespół Frenkla"). Z zagadnieniem obustronności i jednostronności schorzenia ślinianek (wzgl. gruczołów łzowych w chor. Mikulicza) załatwia się autor okrężnie. Gdy np. w warunkach wyżej omówionych następuje wycieńczenie ogólne, to „nie ma żadnego powodu, aby schorzenie ślinianek nie było obustronne". Co do jednostronności powołuje się autor na analogię z innymi parzystymi narządami, np. nerkami, gdzie też spostrzegamy często przy działaniu czynników pozornie symetrycznych (typ wstępujący od pęcherza moczowego) schorzenie jednej tyllko nerki. Odgrywają tu rolę drobne różnice miejscowe, które nie zawsze są przystępne spostrzeganiu. Odnośnie do ślinianek wystarczy np. niesymetryczność w umiejscowieniu schorzenia zębów, niesymetryczność zastawki przewodu Stenona, itd.

Choroba Meniera. (La maladie de Menière). O u i x.

J. w. N. 7.

Objawy określone jako menierowskie spotkać można w najróżniejszych, ściśle określonych jednostkach chorobowych z tłem anatomicznym o różnorodnym umiejscowieniu. Przykładowo można wymienić: 1) uraz czaszki, 2) zakażenie błędnika już to wstępujące od strony jamy bębenkowej, już też zstępujące od strony opon, 3) intoksykacje, 4) encefalomalacje, 5) zmiany ośrodkowo-nerwowe połączone ze zwyrodnieniem np. stwardnienie rozsiane, 6) guz nerwu słuchowego (tumor acustici), 7) wszelkie schorzenia mózgu i móżdżku, wywołujące ucisk na ośrodki przedsionkowe w rdzeniu przedłużonym jak np. guzy, krwotoki, ropnie. Niemniej jednak nie należy kwestionować uprawnienia dla istnienia jednostki klinicznej zwanej chorobą Meniera, mimo iż umiejscowienie i rodzaj podłoża tego zespołu objawowego nie są dotychczas w sposób bezsporny ustalone. Zastrzec tylko należy, że przed decyzją co do rozpoznania trzeba wykluczyć wspomniane inne jednostki chorobowe.

Pogląd M e n i e r a, ugruntowany doświadczeniem F l o u r e n s a, żeprzyczyną zespołu wzgl. choroby Meniera są krwotoki do kanałów półkolistych nie jest dziś aktualny, bo nawet i w tych wyjątkowych wypadkach, gdy istotnie o takie krwotoki się rozchodzi, muszą i one być sprowadzone do innej ogólnej przyczyny, jak zaburzenia w całym układzie naczyniowym (miażdżyca), białaczka, itp., a tym samym upada rozpoznanie choroby Meniera. Autor przypomina dwa objawy dające pewne wskazówki co do siedziby choroby. J e d n y m jest zbaczanie ręki przy próbie wskazywania, o typie pozwalającym odnieść zmiany do zwiększonej (niekiedy — obniżonej) pobudliwości w obrębie plamki woreczka (macula sacculi), lub grzebienia (crista) któregoś z kanałów półkolistych, głównie kanału poziomego. Na plamkę woreczka wskazuje zwiększanie się zboczenia przy pochyleniu głowy ku barkowi strony chorej, a zmniejszenie się tegoż przy pochyleniu przeciwnym. D r u g i m objawem takim jest zaburzenie czucia rogówki strony chorej. Tutaj łączność tego objawu z objawami ze strony nerwu ósmnego wskazuje na siedzibę cierpienia w tylnym dole czaszkowym, gdzie nerw piąty i ósmy sąsiadują ze sobą. Na przyjęcie podobnej lokalizacji pozwalają — zdaniem autora — bóle głowy umiejscowione w tyłogłowiu i zwiększona oporność mięśni („raideur des muscles") przy podstawie czaszki po stronie chorej. Jako najbardziej charakterystyczny rys choroby Meniera uważa autor — obok jej periodycznych nawrotów, rozbieżność sympomów w zakresie słuchu i równowagi (cochlearis-vestibularis). Gdy pierwsze wzmagają się stopniowo, prowadząc do coraz większego przytępienia słuchu, drugie raz wraz wracają no normy. Drugą właściwością choroby jest niemal bez wyjątku zachodząca jednostronność. Zdania o patogenezie choroby Meniera są podzielone. Jedni mówią o kryzach angioneurotycznych, przy tym szczególnie usposobionymi mieliby być osobnicy z nieprawidłowym ciśnieniem naczyniowym, i to zarówno hipotonicy jak hipertonicy. Inni dopatrują się przyczyny we wzmożeniu ciśnienia płynu endolimfatycznego („jaskra ucha wewnętrznego"), przy czym zmiany w pajęczynówce sąsiadującej z nerwem ósmym (arachnoiditis) miałyby odgrywać rolę. Są to jednak tylko hipotezy. Godne uwagi są zapatrywania autora na przyczyny różnicy między przelotnym charakterem zmian przedsionkowych a stałym postępem zmian przedsionkowych. Miało-

by to pochodzić stąd, że narząd Cortiego nie ma własnych naczyń krwionośnych i zależny jest w odżywieniu wyłącznie od endolimfy; stąd zaburzenia endolimfatyczne odbijają się z całą siłą na tym narządzie. Przeciwnie, grzebień i plamka są przegrodzone osklepkiem (cupula) od endolimfy i mają własne naczynia krwionośne, sięgające aż do komórek włosowatych. Autor wysuwa poza tym koncepcję wzmożenia ciśnienia płynu w tylnej cysternie jako przyczyny choroby Meniera. W następstwie tego wzmagałby się ucisk na ośrodki w rdzeniu przedłużonym. Wzmożona uraźność nerwu słuchowego tłumaczyłaby się wówczas bardziej bocznym położeniem jego ośrodka i jego bezpośrednim sąsiedztwem z cysterną.

Ukryte zapalenie kości skalistej. (Petrosite latente). Guillemin, Pesme, Caudane.

J. w. N. 8.

Klasyczna praca Ramadiera z r. 1933, omawiająca 80 przypadków zapalenia głębokiego kości skalistej, wywołuje wrażenie dużej łatwości postawienia rozpoznania tego powikłania pochodzenia usznego. W praktyce jednak niekiedy wtargnięcie sprawy ropnej ku wierzchołkowi kości skalistej nie dokumentuje się dość wyraźnie, umożliwiając niekiedy dopiero bardzo późne rozpoznanie. W przypadku spostrzeganym przez autora takiego rozpoznania in vivo wogóle nie dało się postawić. Autor opisuje przypadek, w którym w 12 dni po zoperowaniu zwykłej mastoiditis z ropniem podokostnym wystąpiły nagle wśród prawidłowego przebiegu pooperacyjnego — objawy zapalenia opon z gorączką około 40°, prowadząc w paru godzinach (po bezskutecznej kontrolnej powtórnej operacji) do zejścia śmiertelnego. Nekroskopia wykazała odrębne ognisko destrukcyjne na kancie i wierzchołku kości skalistej z rozpoczynającym się ropniem. Co do epikryzy można powiedzieć, że porażenie nerwu VII-go, które towarzyszyło od początku zapaleniu wyrostka (a ustąpiło po antrotomii, by znów wystąpić w momencie ujawnienia się zapalenia opon) — jakkolwiek nie patognomomiczne dla schorzeń wierzchołka kości skalistej — może poniekąd zwrócić uwagę na istnienie takiego powikłania. Również i doskonałe zdjęcie rentgenologiczne może oddać znakomite usługi. W przypadku autora zdjęcie to było nieco słabsze. Wreszcie ujawnienie się powikłania oponowego — gdy nie wystąpi zbyt późno i raptownie — może jeszcze dać pewne wskazówki. Natomiast godnym uwagi jest, że objaw bólu (trigeminus) w wypadku autora zupełnie nie wystąpił.

A. Schwarzbart (Kraków).

OCENY.

I. Broman: Aparat ruchowy człowieka. Przeł. ze szwedzkiego mgr T. Biernakiewicz. Książnica-Atlas. Lwów—Warszawa. Str. 261, zł 12,50.

Autor niniejszej pracy dr Iwan Broman, uczony o światowym rozgłosie, zajmował się przez długie lata specjalnie anatomią stawów i mięśni i jako wykładowca tego przedmiotu w Południowo-szwedzkim Instytucie Gimnastycznym w Lund miał sposobność poczynić szereg interesujących badań w tym kierunku.

Podręcznik stanowi znokimicie pomyślane „tabelaryczne repetitorium nauki o mięśniach i stawach", a wartość jego polega na dwu okolicznościach: 1) na świetnych półschematycznych rysunkach (w ilości 75), przeastawiających niezwykle przejrzyście przebieg mięśni i ich przyczepów, przy czym kościec zaznaczono czarno, mięśnia zaś kolorem czerwonym w ten sposób, że nie zamazuje on wcale rysunku kośćca i 2) na zestawieniu w tabelach mięśni według ich funkcji w stawach (zginania, prostowania, przywodzenia, odwodzenia, skręcania, nawracania, odwracania itp.). Tabele te obejmują: a) nazwę mięśnia, b) przyczep początkowy, c) przyczep końcowy, d) jakim nerwem mięsień jest unerwiony i e) jaką tętnicą odżywiany. Na osobnych tabelach zestawiono możliwości ruchowego każdego stawu, zarówno pojedyńczo, jak i w kompleksie funkcjonalnym z zaznaczeniem: a) osi ruchu, b) rozległości ruchu (w stopniach), c) nazwy ruchu i d) aparatu hamującego dany ruch w stawie.

W części ogólnej, poprzedzającej i następującej po wymienionej wyżej części szczegółowej, zebrano krótko i zwięźle, choć bardzo wyczerpująco wiadomości z dziedziny ontogenezy, filogenezy, budowy i rodzaju stawów, ich ruchomości — dalej o budowie i funkcjonowaniu mięśni, ich elastyczności, wydolności i efekcie pracy, współdziałaniu mięśni, inerwacji i odżywianiu, ich rozwoju, wzroście, histogenezie i filogenezie.

Na końcu książki zestawiono na osobnych tabelach wszystkie mięśnie według ich topograficznego przydziału, stosowanego w podręcznikach anatomii opisowej z zaznaczeniem: a) grupy mięśni, b) ich nazwy, c) przyczepu początkowego, d) przyczepu końcowego, e) przebiegu mięśnia i f(jego funkcji, g) na jakie stawy działa, i h) inerwacji.

Książka prof. Bromana daje najważniejsze wiadomości z dziedziny topograficznej, a częściowo i fizjologicznej mechaniki ruchu niezbędne dla każdego zajmującego się wychowaniem fizycznym. Podobnego podręcznika nie mieliśmy dotąd w naszym piśmiennictwie. Książka prof. Bromana powinna tedy znaleźć w ręku każdego nauczyciela i studenta wychowania fizycznego oraz instruktora sportowego, może również oddać znakomite usługi lekarzom i studentom medycyny, zwłaszcza zajmującym się medycyną sportową. Podrecznik wydano przy poparciu Naukowej Rady Wychowania Fizycznego.

Książka dra Alfreda Galewskiego zatytułowena „Dietetyka w chirurgii" porusza temat dotychczas zaniedbywany; w podręcznikach dietetyki uwzględniano przeważnie choroby wewnętrzne, pozostawiając tylko wzmianki o dietetyce w chirurgii.

Młody lekarz często pozbawiony kierownictwa szuka w podręcznikach swej wiedzy, a zastawszy tam lukę przestaje się interesować tym tematem. Wielu lekarzy hołduje zawzięcie dawnej metodzie dietetycznej stosowanej w okresie zabiegów chirurgicznych, którą było głodowanie. Metoda ta wypływa z braku znajomości fizjopatologii czło-

wieka operowanego. Dziś, gdy nauka kwestię tą rozjaśniła, przekonano się, że dietetyka w chirurgii ma niemal tak wielkie znaczenie jak aseptyka i antyseptyka.

Podręcznik dra Galewskiego ma tę dobrą stronę dla lekarza praktyka, że nie jest przeciążony teorią, ta strona jest raczej skąpo potraktowana, natomiast część praktyczna, przykłady potraw i dokładne wskazówki dotyczące sposobu ich przyrządzania, może się okazać nader korzystne dla młodych lekarzy.

Ukazało się ostatnio nowe wydanie podręcznika **„Traité de la Chimie Pharmaceutique"** — autorów **Lebeau et Courtois,** w znacznie powiększonych w stosunku do poprzedniego wydania rozmiarach, co tłumaczy się ogromnym wzrostem w ciągu lat ostatnich ilości połączeń chemicznych, wchodzących w zakres chemii farmaceutycznej.

Podręcznik ten obejmuje 3 duże tomy (około 3300 stron druku).

Jako poważną zaletę dzieła należy podkreślić, że grupuje ono poszczególne związki chemiczne według ich genetyki chemicznej. Przy każdym związku mamy podany skład chemiczny, nazwy własności chemiczne, fizyczne, sposób badania, syntezę, sposoby konserwacji, działanie fizjologiczne i zastosowanie w lecznictwie. Ugrupowanie według rodzaju rodzin chemicznych pozwala czytelnikowi zorientować się nietylko co do własności danego związku, ale i połączeń pokrewnych, mających podobne własności fizjologiczne i zastosowanie w lecznictwie i ułatwia w znacznym stopniu wyrobienie sobie poglądu na zakres działania całej grupy związku.

Lebeau i Courtois bardzo obszerny swój materiał ujmują z prezyzyjną zwięzłością i przejrzystością, oddając dzięki temu w ręce czytelnika nieoceniony przewodnik po rozległych dziedzinach chemii farmaceutycznej.

Dr Feliks Modrzejewski.

KRONIKA.

PRACA ZWIĄZKU UZDROWISK POLSKICH DLA POMORZA.

Na posiedzeniu Sekcji turystyczno - zdrojowej Pomorskiej rady Gospodarczej, odbytym w dniu 17. III. w Toruniu, podczas dyskusji nad wysłuchanymi przez zebranych referatami dyrektorka Związku Uzdrowisk p. H. Minkiewiczowa wygłosiła następujące przemówienie.

Związek Uzdrowisk Polskich jest instytucją, stanowiącą przedstawicielstwo całego polskiego przemysłu uzdrowiskowego, powołaną do obrony i popierania jego interesów. Terenem Wielkiego Pomorza Związek żywo się interesuje, zwłaszcza zaś leżącymi na jego obszarze kąpieliskami morskimi z punktu widzenia rozwoju i konieczności spopularyzowania lecznictwa morskiego.

Nawiązując przede wszystkim do tez wysuwanych w powołanych referatach, że nad morze należy przyciągać w pierwszym rzędzie młodzież zarówno szkolną i akademicką jak i robotniczą oraz włościańską w celu silniejszego związania młodego pokolenia z ideą morza polskiego, dyrektorka Związku wyraziła pogląd, że jakkolwiek znaczenie wychowawcze i polityczno-społeczne tego postulatu w pełni docenia, to jednak stanowczo większe znaczenie gospodarcze dla Wybrzeża mają indywidualne przejazdy na d morze całych rodzin. Ten tylko bowiem element o wysokiej zdolności konsumcyjnej ożywiając ruch przemysłowy, handlowy i budowlany przyczynia się do systematycznego podnoszenia wszystkich dziedzin tamtejszego życia, a wszczegżlności rozwoju gospodarczego kąpielisk.

W zakresie wykorzystania naszego Wybrzeża dla celów uzdrowiskowych Związek ma za sobą dłuższy okres pracy, a nawet — jeżeli chodzi i istotne zainteresowanie czynników społeczno-gospodarczych kąpieliskami — to spełnił on rolę pionierską. Mianowicie w r. 1935 Związek Uzdrowisk zwołał ogólny zjazd przedstawicieli zainteresowanych instytucyj gospodarczych, społecznych, władz administracyjnych I i II instancji, samorządu oraz władz centralnychw Warszawie w celu rozpatrzenia całokształtu zagadnień dotyczących kąpielisk morskich i wysunięcia odpowiednich wniosków.

Wyniku obrad Zjazd powołał do życia Komisję Uzdrowisk Nadmorskich, która funkcjonuje do dziś i kontynuuje rozpoczętą wówczas działalność.

Na czoło prac będących ostatnio na warsztacie Komisji Uzdrowisk Nadmorskich, poza dążeniem do jak najsilniejszej rozbudowy kąpielisk wysuwa się właśnie akcja w kierunku należytego zorganizowania obozów i campingów nad morzem. Napływ bowiem letników i kuracjuszy w czasie pełnego sezonu jest nad morzem bardzo znaczny a szczególnie kwitnie tam życie obozowe, gromadzące młodzież szkolną i akademicką, kolonie sportowe wojskowe, instytucyj społecznych itp. Ponieważ zaś szybki i nie ujęty dotychczas w jakiekolwiek ramy organizacyjne wzrost frekwencji tego typu letników musi wprowadzać moment niepokoju i chaosu do życia kąpielisk, Komisja Uzdrowisk Nadmorskich, zwróciła się do władz z prośbą o wydanie odpowiednich zarządzeń i przepisów w tym zakresie.

Drugą z pośrud zasadniczych spraw przeprowadzonych obecnie przez Komisję jest poświęcenie należytej uwagi rozwinięciu planowej i racjonalnej propagandy. Związek Uzdrowisk położył około tej sprawy liczne zasługi. Systematycznie bowiem propaguje on wybrzeże morskie w wydawanym co tydzień biuletynie prasowym oraz w licznych artykułach, umieszczanych w prasie medycznej.

W roku ubiegłym Związek Uzdrowisk wydał przy poparciu Ministerstwa Komunikacji zbiorowy prospekt o wszystkich kąpieliskach Wybrzeża, z przedmową prof. dr. Sabatowskiego, naświetlającą znaczenie lecznictwa morskiego. W bieżącym roku prospekt taki wydany będzie w znaczeniu szerszej objętości, zaopatrzony nowym artykułem prof. dr. Sabatowskiego oraz felietonem red. Mersona, opisującym tereny wycieczkowe ziemi przymorskiej.

W czerwcu br. z inicjatywy i staraniem Związku Uzdrowisk Polskich odbędzie się w Orłowie doroczne posiedzenie Sekcji uzdrowiskowej Państw. Naczelnej Rady Zdrowia. Na zjeździe tym będzie szereg referatów, poświęconych problemom

leczniczym i gospodarczym kąpielisk polskich. Ponad to w programie zjazdu jest zwiedzenie przez jego uczestników licznych miejscowości wybrzeża. Urządzenie tego posiedzenia w czołowym kąpielisku będzie miało doniosłe znaczenie w kierunku obudzenia zainteresowania lecznictwem morskim, gdyż w skład Sekcji wchodzą znakomici znawcy balneologii i klimateologii polskiej.

Związek Uzdrowisk spełniając należycie podjęte na obranym odcinku swe zadanie, przyczynia się tym samym do podniesienia gospodarczego omawianej połaci kraju.

Specjalne jednak znaczenie będzie miała w tej pracy Pomorska Rada Gospodarcza, która zespoli i skoordynuje poczynania i wysiłki wszelkich organizacji i urzędów w tym zakresie.

ZORGANIZOWANIE AKCJI WYWCZASÓW PRACOWNICZYCH.

Odbyte niedawno posiedzenie Senatu, na którym omawiany był budżet Ministerstwa Opieki Społecznej, dało liczne dowody żywego zainteresowania członków Izby dla spraw zdrowia publicznego. W duskusji przeprowadzonej nad budżetem wysunięte zostały postulaty jak rozbudowa szpitalnictwa, radykalna przebudowa naszego aparatu leczniczego, a przede wszystkim — udostępnienie lecznictwa dla szerokich mas.

Minister Opieki Społecznej zabierając głos na zokończenie dyskusji, b. słusznie podkreślił, że „danie Polsce silnych, zdrowych obywateli pod względem fizycznym i zadowolonych psychicznie" uważa się jeden z kardynalnych elementów stworzenia potęgi wewnętrznej naszego państwa. Ponieważ zaś większa część ludności w Polsce stanowią ludzie pracy wsi i miasta, p. minister zwrócił szczególną uwagę na zagadnienie podniesienia zdrowotności tej warstwy. „Troska o ich siły fizyczne, o ich byt i polepszenie warunków tego bytu oraz o wypływającą stąd postawę moralną — jest zadaniem i obowiązkiem każdego ministra Opieki Społecznej".

Nie od rzeczy będzie przypomieć w tym miejscu jedno z ostatnich rozporządzeń p. Ministra Opieki Społecznej, wydane w grudniu ub. r. a dotyczące organizacji wczasów pracowniczych. Jest to pismo okólne skierowane do kierowników wszelkich organów i urządzeń podległych Ministerstwu, a regulujące sprawę koordynacji działalności w zakresie wczasów.

Ponieważ w obecnej chwili działalność w tej dziedzinie prowadzą liczne organizacje, poświęcone poszczególnym grupom pracowników, zachodzi możliwość szkodliwej rozbieżności wysiłków. Toteż — oceniając w pełni twórczy dorobek poszczególnych organizacyj społecznych na swoich odcinkach, Ministerstwo uważało za konieczne skoordynowanie ich działalności.

Instytucją która podjęła się tego zadania, jest Zrzeszenie Organizacyj Oświatowo-Kulturalnych z Radą wczasów, jako organem opiniodawczym i Centralnym Biurem Wczasów, jako organem wykonawczym. Centralne Biuro Wczasów stanowi obecnie łącznik pomiędzy instytucjami spospołecznymi prowadzącymi akcję urlopową wszelkich rodzajów i kierunków. Oprócz roli koordynacyjnej Ministerstwo włożyło na Zrzeszenie Org. Ośw. Kulturalnych zadanie propagandy akcji oraz postawienia jej na należytym poziomie przez opracowywanie planów i pragramów oraz szkolenie pracowników.

Na podstawie powyższego Ministerstwo będzie traktowało Zrzeszenie jako swego rodzaju centralę akcji wczasów, a więc będzie popierało organizacje i instytucje, których akcja prowadzona będzie w porozumieniu ze Zrzeszeniem oraz roztrywało wszelkie wnioski w tej dziedzinie po zaopiniowaniu przez Centralne Biuro Wczasów.

Powyższe rozporządzenie stanowi duży krok naprzód w regulacji i rozwoju zagadnienia wczasów w Polsce. Jedynie bowiem planowa organizacja i zharmonizowanie wysiłków czynników społecznych, zainteresowanych w prowadzeniu tej akcji, może zapewnić utrwalenie wyników dotychczasowych i osiągnięcie jak najlepszych rezultatów w przyszłości.

Akcja wczasów rozwinięta już tak doskonale w niektórych państwach zagranicznych, jak Włochy, Niemcy, Belgia, — jest nową cenną zdobyczą polskiego świata pracowniczego. Pozwala ona bowiem wykorzystać uzyskiwane na mocy ustawy doroczne urlopy w sposób najbardziej wskazany tak dla remontu organizmu jak i dla odpoczynku nerwowego. Ten sam urlop, spędzony w mieście , w środowisku swojej pracy — nie przyczynia się w najmniejszej mierze do podniesienia zdrowia.

Zagadnienie to cieszy się wzrastającym szybko zrozumieniem wśród społeczeństwa, czego dowodem są liczne organizowane tak przez instytucje społeczne jak i zakłady pracy obozy wypoczynkowe w uzdrowiskach. Za dowód może tu służyć fakt, że w r. ub. na samym wybrzeżu morskim przebywało około 12 tys. osób w obozach gromadnych. W nadchodzącym sezonie liczba ta znacznie się powiększy, gdyż w ciągu zimy pobudowano tam cały szereg zakładów, przeznaczonych dla celów spełecznych.

Praca w dzisiejszych czasach przybiera coraz szbsze tempo i coraz bardziej staje się wyczerpującą. Ogólny zaś stan zdrowotności społeczeństwa polskiego niestety, pozostawia wiele do życzenia. Napływ chorych do szpitali i sanatoriów wciąż jest ogromny przekraczający znacznie pojemność istniejących zakładów. Toteż czas najwyższy zwrócić należytą uwagę na lecznictwo zapobiegawcze, co będzie rozwiązaniem zagadnienia u jego podstaw. Pierwszym zaś krokiem ku temu będzie racjonalne spędzanie przez możliwie najszersze warstwy obywateli dorocznych urlopów i korzystanie w tym okresie z dobroczynnych właściwości klimatu i wód leczniczych uzdrowisk polskich. Niezamożnym obywateli umożliwiają to organizacje społeczne i instytucje, pracujące już obecnie w porozumieniu z Centralnym Biurem Wczaszw i pod kierunkiem Ministerstwa Opieki Społecznej.

W nadchodzącym sezonie letnim zostanie wyasygnowana kwota zł. 400.000.— na zakładanie obozów wypoczynkowych wczasów pracowniczych. Dzięki temu umożliwiony będzie wyjazd kilkunastu tysięcy robotników i pracowników umysłowych ze wszystkich ośrodków przemysłowych. Jak widać akcja wczasów podjęta została z należytym natężeniem i można się spodziewać, że przyniesie dla ogółu społeczeństwa polskiego doniosłe rezultaty.—

WALNE ZGROMADZENIE CZŁONKÓW POLSKIEGO KOMITETU ZIELARSKIEGO.

Dnia 4 kwietnia 1939 roku odbyło się Walne Zgromadzenie członków Polskiego Komitetu Zielarskiego, w sali Warszawskiego Tow. Farmaceutycznego przy ul. Długiej 16, w obecności 55 osób. Wśród przybyłych znajdowali się przedstawiciele świata naukowego, zainteresowanych ministerstw, izb rolniczych, organizacyj spełecznych i zawodowych, Związku Spółdzielni Rolniczych i Zarobkowo-Gospodarczych, spółdzielni zielarskich, producentów oraz przedstawiciele handlu zielarskiego.

Zebranie zagaił prezes P. K. Z. prof. Jerzy Modrakowski. Uczestnicy zgromadzenia w uznaniu zasług ś. p. mgr. Jana Biegańskiego dla rozwoju zielarskiego, uczcili Jego pamięć przez powstanie i chwilę skupienia.

Przewodniczył zebraniu Profesor Uniwerstytetu J. P. dr O. Achmatowicz. Sprawozdanie z ogólnej działalności Komitetu za 1938 rok zreferował p. A. Iwański — wiceprezes PKZ, podkreślając dwa zasadnicze kierunki pracy: naukowy i społeczno-zawodowy. Roczna działalność PKZ była niezwykle rżżnorodna, bogata o wszechstronna, co obrazuje obszerne sprawozdanie, drukowane w Nr. 3 „Wiadomości Zielarskich" z 39 r., oficjalnym organie Polskiego Komitetu Zielarskiego.

Wytężone prace wydziałów naukowych skupiały się w Zakładach Uniwerstytetu im. J. Piłsudskiego w Warszawie. Badania dotyczące roślin leczniczych pochodzenia krajowego szły w kierunku chemiczno-farmaceutycznym, farmakologicznym i farmakognostycznym.

Społeczno-zawodowy charakter prac Komitetu odzwierciadla wybitnie instruktorska działalność biura. Praca instruktorska obejmowała udzielanie porad w biurze i na terenie, wchodzącym w zakres zbioru roślin leczniczych z dzikiego stanu i uprawy, prowadzenia kursów zielarskich, organizowanych na terenie organizacji rolniczych i społecznych, wygłaszanie referatów, wykłady w szkołach rolniczych, opracowywanie instrukcji, ułatwianie zbytu wyprodukowanych surowców itp.

Sprawozdanie finansowe i Komisji Rewizyjnej zreferował mgr. S. Rdzanek. Sprawozdania zostały przyjęte jednomyślnie.

Inż. Sommer w obszernym uzasadnieniu, opartym na materiale sprawozdawczym, wysunął dezyderat pod adresem przyszłego zarządu, w sprawie zwiększenia preliminarza budżetowego PKZ na rok 1940/41 zarówno po stronie wpływów jak i wydatków, co łączy się ściśle z uzyskaniem większych subwencyj od ministerstw, instytucyj zawodowych i handlowych.

Preliminarz budżetowy zatwierdzono jednogłośnie. Dokonano wyboru nowych władz. Godność prezesa przyjął prof. B. Hryniewiecki. Walne Zgromadzenie uchwaliło udzielić jak najdalej idących pełnomocnictw Zarządowi PKZ, w związku z przejęciem Zakładu Rolniczego w Gołębiewie pod Kutnem w celu przekształcenia na Centralną Zieleniarską Stację Doświadczalną. Polski Komitet Zielarski, zgodnie z decyzją Ministerstwa Rolnictwa i R. R. przyjmuje powyższy ośrodek państwowy z dniem 1 kwietnia 1939 r.

Na wniosek Prezydium Zarządu zebrani uchwalili przez aklamację przyznania godności Członka Honorowego prof. J. Modrakowskiemu, ustępującemu prezesowi PKZ, w uznaniu i wdzięczności za Jego 4-letnią pracę.

W zakończeniu zebrani przyjęli jednomyślnie wniosek następujący: Walne Zgromadzenie Członków PKZ zwraca się z gorącym apelem do wszystkich obywateli, którym sprawa rozwoju zielarstwa leczniczego i przemysłowego leży na sercu, a wszczególności do PP. Producentów, aby wytężyli wszystkie siły ku podniesieniu produkcji zielarskiej w ogóle, a przede wszystkim w zakresie, związanym z obronnością kraju.

TOWARZYSTWO ZWALCZANIA KALECTWA I OPIEKI NAD KALEKAMI.

Zarząd Towarzystwa Zwalczania Kalectwa i Opieki nad Kalekami zawiadamia, że w dniach 16 — 22 lipca 1939 r. odbędzie się w Londynie IV Międzynarodowy Zjazd Towarzystwa Opieki nad Kalekami. Tematy programowe dotyczą:

1. Ortopedii zapobiegawczej.
2. Szkolenia zawodowego kalek.
3. Robotnika — kaleki (organizacja szkolenia i przystosowanie ekonomiczne osób, dotkniętych kalectwem, umożliwienie wykonywania zawadu oraz kwestia zasiłków pieniężnych).

W Zjedzie mogą brać udział nie tylko lekarze, ale wszyscy ci, ktżrzy w jakikolwiek sposób zajmują się sprawą opieki nad kalekami.

Adres Sekretariatu Zjazdu: 34, Eccleston Square, London, S. W . L.

*

* *

XXX Zjazd Chirurgów Polskich we Lwowie odbędzie się w dniach 17, 18, 19 kwietnia 1939 r., a nie 16, 17, 18 kwietnia 1939 r. jak mylnie podano w poprzednim komunikacie.—

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. E. Reicher, Polna 40, Tel. 9.54-54.*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto P. K. O. 15.785.

Zakl. Graf. „DRUKPRASA", Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40